

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapie



Daria Riabus

Poruchy příjmu potravy a kouření

Eating disorders and smoking

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Praha, 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 04. 2018

Daria Riabus

Podpis

Poděkování

Děkuji paní prof. MUDr. Evě Králíkové, CSc. za odborné vedení mé práce, za cenné rady a čas věnovaný vedení mé bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji paní Ing. Jaroslavě Bažantové za ochotu a odbornou jazykovou pomoc. Můj nekonečný dík patří mé rodině a mým přátelům za podporu a veškerou pomoc v průběhu studia a přípravy této práce.

Identifikační záznam

RIABUS, Daria, Poruchy příjmu potravy a kouření.[*Eating disorders and smoking*]. Praha 2018. 65 s. 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika VFN a 1. LF UK v Praze. Prof. MUDr. Eva Králíková, CSc.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy v souvislosti s kouřením. Práce je rozdělena na dvě hlavní části - teoretickou a praktickou. V první teoretické části je popsána historie poruch příjmu potravy, je definován každý typ poruchy příjmu potravy, znázorněná léčba a jsou uvedeny zdravotní komplikace onemocnění. Dále je uvedena historie kouření, léčba závislosti na tabáku a zdravotní důsledky kouření. Na konci teoretické části se pojednává o souvislosti kouření a hmotnosti, kouření a poruch příjmu potravy, relapsu onemocnění při zanechání kouření a o kouření elektronických cigaret mezi lidmi s poruchami příjmu potravy.

Praktická část této práce obsahuje výzkum ve formě dotazníku. Dotazník byl vytvořen ve dvou jazycích – ruštině a češtině, pro získání většího počtu respondentů a větší různorodosti odpovědí. Odkaz na dotazník byl distribuován přes sociální sítě a webové stránky. Dotazník byl dostupný k vyplňování od 13. 02. 2018 do 12. 03. 2018 a celkem jsem získala 101 respondentů (54 pro českou verzi dotazníku a 47 pro ruskou). Dotazník byl vytvořen jen pro lidi, kteří mají (nebo měli v minulosti) poruchy příjmu potravin a pro ty, kteří zároveň kouří (nebo kouřili v minulosti).

Z výsledků vyplývá, že přes 50 % respondentů se obává zvýšení hmotnosti v důsledku zanechání kouření a dalších 19 % začalo kouřit kvůli snížení hmotnosti. Celkem 89 % respondentů trpí depresivní náladou a 57 % kouří pro zlepšení nálady.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy, anorexie, bulimie, odvykání kouření, váha, obava z přibírání

Abstract

This Bachelor Thesis is dealing with eating disorders caused by smoking. Thesis is divided into two main parts – theory and practice. The history of eating disorders, definition of each type of eating disorders, treatment examples and health complications of the disorder are covered in the first theoretical part. Also, there are disclosed the history of smoking, ways of treatment of the tobacco dependence and health consequences of smoking. At the end of the theoretical part there are discussions about the relations between smoking and weight, smoking and eating disorders, relapse of the disease when quitting smoking and about e-smoking among people with eating disorders.

Practical part of this thesis contains of the research in a way of the survey. The questionnaire was made in two languages – Russian and Czech, in order to get greater amount of the respondents and to get more diverse answers. A link to the questionnaire was distributed by social media and web pages. Questionnaire was available to fill out from 13. 02. 2018 to 12. 03. 2018 and in total I received 101 respondents (54 for Czech version and 47 for Russian). The questionnaire was composed only for those people who have (or used to have) eating disorders and for those who smoke (or used to smoke) simultaneously.

The outcome displays that more than 50% of the respondents are worried about gaining weight after quitting smoking and other 19% started smoking because of the weight loss. Overall 89% of respondents suffer from depressed mood and 57% smoke to improve their mood.

Keywords

Eating disorders, anorexia, bulimia, smoking cessation, weight, weight concerns

Seznam zkratek

AN –anorexia nervosa

BMI – body mass index

BN –bulimia nervosa

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

CO – oxid uhelnatý

COHb – karbonylhemoglobin

DSM-IV - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch Americké psychiatrické společnosti

EC – elektronické cigarety

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí WHO, 10. verze

MA – mentální anorexie

NTN – náhradní terapie nikotinem

PAU – polycyklické uhlovodíky

PPP – poruchy příjmu potravy

SSRI – selective serotonin reuptake inhibitors (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Obsah

Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Poruchy příjmu potravy (PPP)	10
1.1 Historie PPP	10
1.2 Diagnostická kritéria poruch příjmu potravy	11
1.3 Léčba PPP	14
1.4 Prevence PPP	17
1.5 Epidemiologie PPP	17
1.6 Zdravotní důsledky PPP	18
2. Kouření	20
2.1 Historie tabáku	20
2.2 Diagnostika a princip závislosti na tabáku	21
2.3 Nikotin a složení tabákového kouře	22
2.4 Léčba závislosti na tabáku	24
2.5 Prevence kouření	26
2.6 Epidemiologie kouření	27
2.7 Formy tabáku a elektronické cigarety	27
2.8 Pasivní kouření	29
2.9 Zdravotní důsledky kouření	29
3. Souvislost PPP a kouření	31
3.1 Kouření a hmotnost	31
3.2 Spojitost PPP a kouření	32
3.3 Elektronické cigarety a PPP	32
3.4 Relaps PPP při odvykání kouření	33
3.5 Deprese	33
II. Praktická část	35
4. Cíl práce	35
5. Metodika	35
6. Výsledky	36
7. Diskuze	49
III. Závěr	52
Použitá literatura	53

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma týkající se souvislosti poruch příjmu potravy (PPP) a kouření. Dle mého názoru toto téma je aktuální, protože počet lidí s poruchami příjmu potravy stoupá a mezi nimi jsou často kuřáci.

Kouření má vliv na hmotnost kuřáku. Nikotin zvyšuje bazální metabolismus, přibližně o 5-10 %. Mimo jiné u kuřáků je pomalejší vyprazdňování žaludku, které prodlužuje pocit sytosti. Proto lidé s poruchami příjmu potravy můžou zneužívat kouření a používat tuto činnost k zahnání hladu. Při odvykání kouření je častým jevem zvýšení tělesné hmotnosti. Vyskytuje se až u 80 % pacientů. Zvýšení váhy může být důvodem relapsu PPP.

Hlavním cílem teoretické části mé diplomové práce je analyzovat PPP a kouření v podobě základních informací a pokusit se vysvětlit souvislost mezi těmito dvěma problémy.

Praktickou část tvoří dotazník vytvořený pro ty, kdo trpí nebo trpěli v minulosti poruchami příjmu potravy, a kteří kouří nebo kouřili během tohoto onemocnění. Jsou uvedeny výsledky průzkumu a zobrazeny grafy podle odpovědí respondentů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Poruchy příjmu potravy (PPP)

1.1 Historie PPP

První zmínka o poruchách příjmu potravy byla už v 5. století před naším letopočtem, když se Hippokrates zmiňoval o těchto poruchách a označoval je názvem asithia. Ve 2. století Galén použil termín anorexie, který označoval absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu. Později ve 14. století se objevují tak zvané «zázračné panny», byly to většinou postící se adolescentní dívky, které získávaly pozornost tím, že konzumovaly potraviny ve velmi malém množství nebo nejedly vůbec. Příkladem může být příběh sv. Kateřiny ze Sienny, které se zjevil v noci Kristus a vyzval ji, aby se napila krve z jeho ran, ta krev se měla stát útechou pro její žaludek. Sv. Kateřina to pochopila tak, že nemůže trávit jídlo a od toho okamžiku už nemusí jíst. Od 16 let jedla jen chléb, čerstvou zeleninu a pila vodu. Pokud toho snědla více, spolykala kořínky, které vyvolávaly zvracení. Zázračná dívka byla přijímána králi, královnami a papeži a radila jim v důležitých problémech (Faltus in Papežová, 2010). V roce 1689 anglický lékař Richard Morton ve své knize „Phthisiologia“ dokonale popsal případ své pacientky jako „kostro pokrytou kůží“. Tento případ Mortona velice zaujal, protože dívka neměla teploty, kašel ani jiné poruchy, měla horší trávení, měla chuť k jídlu, ale jíst nemohla (Pearce, 2004). Mnohem později, ve druhé polovině 19. století, William Gull a Ernest-Charles Lasegue nezávisle na sobě popsali anorexii nervosu (AN). Lasegue publikoval svůj článek o anorexii pod názvem „Anorexie hysterique“ v dubnu 1873, a Gull měl svoji přednášku „Anorexie hysterica“ v říjnu 1873. Následně Gullova přednáška byla publikována v roce 1874 s použitím termínu „anorexia nervosa“. Příznaky, které badatelé popsali, jsou platné i dnes. Je to velký úbytek hmotnosti, amenorea, obstipace, neklid, absence organické etiologie a výskyt hlavně u mladých dívek a žen. Teprve v 40. letech 20. století byla mentální anorexie (MA) zařazena mezi duševní poruchy. V České republice se věnovali popisu této poruchy profesori Vratislav Jonáš a Otakar Janota (Faltus in Papežová, 2010).

Stejně jako mentální anorexie i mentální bulimie má svoji historii. Dle filologů pojem bolimos pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad) a popisuje natolik velký hlad, že by člověk dokázal sníst vola. Ještě v antickém Řecku ve vyšších vrstvách společnosti bylo jídlo požíváno v nadměrném množství. Přejídání spojené se zvracením bylo běžným jevem. Později bylo přejídání se časté mezi společenskou elitou. Výjimeční jedlíci byli představeni na různých jarmarcích a dvorech jako předváděné atrakce. Dlouhou dobu bulimii považovali za poruchu trávení. Oficiálně termín bulimia nervosa byl použit britským psychiatrem Geraldem Russelem v roce 1979. Tento termín objasňoval poruchu takto: „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem

ztloustnutí“ a následném použití „pročišťujících prostředků nebo zvracení“ (Deth & Vandereycken in Krch, 2005).

Historie objevení psychogenního přejídání není tak bohatá. Porucha byla poprvé popsána psychiatrem a vědcem Albertem Stunkardem v roce 1959, který také odlišil syndrom nočního přejídání od psychogenního přejídání. Na konci 20. století a na začátku 21. století se začalo publikovat více a více monografií, studií a článků o PPP. Vyvíjí se etiologie a poruchy se dále člení na jednotlivé subtypy (The Telegraph, 2014).

1.2 Diagnostická kritéria poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou jedny ze závažných psychiatrických onemocnění, které jsou podmíněné multifaktoriálně a je nutno je léčit v širším bio-psycho-sociálním kontextu. Tato onemocnění nejčastěji postihují ženy, dívky v adolescentním věku, ale v současné době i chlapce. První kontakt s nemocnými nejčastěji mají pediatři nebo praktičtí lékaři či gynekologové. Tito odborníci hrají velmi důležitou roli v diagnostice poruchy a motivaci pacienta k následné léčbě. Existují riziková povolání, jako jsou modelky, tanečnice a sportovkyně nebo zaměření jedince a celé rodiny na zdravou stravu a výkon. Je nutné dávat pozor právě u těchto pacientů na větší váhové výkyvy nebo pomyslet na onemocnění při větší podvaze. Dle mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (dále jen MKN-10) se rozlišuje mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání. Tato klasifikace se používá pro klinickou praxi. Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV) je více používán pro výzkum (Papežová, 2010).

Anorexia nervosa

„Anorexia nervosa je charakterizována snižováním váhy, které si pacientka úmyslně způsobuje a udržuje sama“ (Papežová, 2010, str. 126). Především se vyskytuje u adolescentních dívek a mladých žen v 90 - 95 % případů, a v 5 - 10 % u mladých chlapců a mužů. Podle kritérií MKN-10 diagnostikujeme AN v případě, že:

- Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo body mass index (BMI) je $17,5 \text{ kg/m}^2$ nebo méně. Pacienti v pubertě nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- Pacient si snižuje váhu sám dietou, vyprovokovaným zvracením, používá diuretika, anorektika, laxativa nebo excesivně cvičí.
- U pacienta je strach z tloušťky při výrazné podvaze a zkreslené představy o vlastním těle, vtíravé myšlenky o udržení podváhy – projev specifické psychopatologie.
- U žen amenorea, u mužů ztráta sexuálního zájmu

- Jestli se porucha objevila před pubertou, může být opožděn nebo pozastaven růst, vývoj mléčných žláz, primární amenorea, dětské genitály u chlapců (Papežová, 2010)

V DSM-IV se anorexie dělí na restriktivní a purgativní typ (Papežová, 2010). U restriktivního typu se používají přísné diety, excesivní cvičení nebo hladovění. U purgativního typu pacienti pravidelně vyprovokávají zvracení, zneužívají projímadla a diuretika, aby nedošlo ke zvýšení hmotnosti (Krch et al., 2005).

Bulimia nervosa (BN)

Mentální bulimie je porucha, kterou definujeme opakujícími se záchvaty přejídání se a zkreslenou představou o vlastním těle, kontrolou hmotnosti pomocí vyprovokovaného zvracení nebo zneužití laxativ a dalších látek. Diagnostická kritéria pro BN:

- Zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se a konzumace neúměrně velkého množství jídla během velmi krátké doby.
- Úsilí potlačit kalorický efekt zkonsumovaného jídla jedním nebo více způsoby: vyprovokované zvracení, použitím projímadel, anorektiky, hladověním, diuretiky.
- Specifická psychopatologie – patologický strach z tloušťky, přičemž mají optimální nebo normální váhu

V DSM-IV je jako kritérium uvedena frekvence zvracení a záchvatů přejídání nejméně 3 krát týdně (Papežová, 2010).

Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání je často jedním z faktorů zapříčiňujícím nárůst obezity v populaci. Charakteristické je nepřetržité zabývání se jídlem, bažení po jídle «craving» a přejídání se «binge eating». Podle MKN-10 je nutno splnit tato diagnostická kritéria:

- Absence purgativní symptomatiky
- Stálé zabývání se jídlem, nezadržitelná chuť k jídlu, přejídání se a požití velkého množství jídla za krátkou dobu.
- Chorobný strach z tloušťky, přejídání je spojené s odpovědí na stresové situace, snaha dosáhnout optimální nebo zdravé váhy.

Pro klasifikaci DSM-IV je nutná přítomnost 2 dnů přejídání za týden během minimálně 6 měsíců. Také je nutné splnit nejméně 3 symptomy z následujících: rychlá konzumace potravin, obtížný pocit plnosti, pocit viny, deprese po konzumaci jídla, pocit znechucení, jedení bez pocitu hladu, konzumace jídla o samotě a pocit studu. Dle studie bylo zjištěno, že lidé trpící záchvatovitým přejídáním jsou účastníky redukčních programů v 18-46 %. Obezita se objevuje většinou v ranějším věku (Papežová, 2010).

Syndrom nočního přejídání

Pacienti trpí poruchou vědomí a amnézií jako následek epizody přejídání během noci. Většinou se tato porucha vyskytuje u žen. Mají obezitu v 10 % případů, ve 27 % jsou morbidně obézní. Diagnostická kritéria:

- Nárůst konzumace potravin večer a/nebo v noci
- 25 % příjmu potravy večer
- Minimum 2 probuzení s požitím jídla během týdne

(Papežová, 2010)

Další diagnózy

Adonisův komplex

Je to méně známý syndrom, který se vyskytuje u mužského pohlaví. Jedinec zkresleně vnímá své tělo, má neadekvátní jídelní návyky a je posedlý myšlenkami na vlastní svalstvo, zneužívá steroidní hormony a excesivně cvičí. Postupně tyto symptomy vedou k sociální izolaci a ztrátě zájmů. Je typické vyhýbání se situacím, při kterých by mohlo být tělo muže pozorováno nebo by při těchto situacích cítil úzkost. Postižený jedinec je zaměřen na neúměrné zvýšení svalnatosti svého těla (Papežová, 2010).

Ortorexie

V poslední době se více lidí zabývá zdravou stravou a zdravým životním stylem. Posedlost zdravou výživou se nazývá ortorexie. Z řečtiny *orthos* je správný a *orexie* znamená chuť. U jedinců pozorujeme odmítání podle jejich názoru nezdravého jídla, jsou odpůrci všech možných aditiv, geneticky modifikovaných potravin, umělých hnojiv a tak dále. Roste strach z nezdravého jídla a více zkoumají ty „zdravé“ potraviny, které posléze zařadí do „nezdravých“. Potom se jídelníček zužuje natolik, že trpí nedostatkem živin a mají podváhu (ideální.cz, 2014a).

Drunkorexie

Drunkorexie se vyznačuje snahou o redukování příjmu potravy tak, aby byl snížen příjem kalorií a mohlo se konzumovat více alkoholu. Žen se ta porucha týká více. Ze studií provedených ve Spojených státech vyplývá, že 30 % žen ve věku 18-24 let vynechává jídlo, aby mohly konzumovat více alkoholu. Tato porucha postihuje psychiku podobně jako jiné PPP, protože postižení následně kontrolují své proporce, konzumované porce a cítí úzkost. Postupem času nemocný pocítuje osamělost a izolaci. Tato porucha je nebezpečná pro zdraví jedince také tím, že bez jídla se alkohol vstřebává mnohem rychleji, účinek alkoholu je silnější a poškození organismu větší (ideální.cz, 2014a).

1.3 Léčba PPP

Je velmi důležité, aby terapie byla komplexní (Němečková, 2007). Týmová práce terapeutů a zdravotnického personálu v zařízení má kladný vliv na průběh léčby (Papežová, 2010).

Ambulantní péče a hospitalizace

Ambulantní péče je vhodná pro nekomplikované formy PPP a při dobré motivaci pacientů. Hospitalizace je nutná u suicidálních pacientů, při somatických komplikacích a u těžších forem PPP. Existuje také specializovaná ambulance pro pacienty s PPP, kde pracuje psycholog. V ambulanci se provádí cílené psychologické vyšetření zaměřené na jídelní problematiku a zjišťují se obtíže a související faktory onemocnění, taky se zde provádí základní edukace a terapeut navrhuje další plán léčby. Pacientům je doporučována pravidelná somatická péče u praktického lékaře nebo u internisty, je nabízena pravidelná psychologická nebo psychiatrická péče a také jsou předány kontakty na kluby pro pacienty, odborníky a odborné webové stránky. Obvykle se jedná o 2 konzultace v intervalu 3 týdnů, kde na první schůzce pacient je vyšetřen a edukován, druhá schůzka pomáhá pacientovi se rozhodnout o další léčbě (Papežová & Novotná in Papežová, 2010).

Denní stacionář je parciální hospitalizace. Je to alternativa k plné hospitalizaci, pokračování léčby po hospitalizaci nebo rozšíření ambulantní péče. Tento druh péče je doporučován u stabilizovaných pacientů při zvýšeném riziku relapsu. Denní stacionář je ale kontraindikován u nemocných s akutními somatickými potížemi, při závislosti na návykových látkách, BMI pod 16 kg/m^2 a při opakované neúspěšné léčbě v denním stacionáři. Hospitalizace pacientů s PPP na specializovaném psychiatrickém oddělení je nutná při BMI nižším než 16 kg/m^2 , při komorbidních onemocněních, problematické rodinné situaci, suicidální tendenci, při relapsech onemocnění nebo při neúčinnosti denního stacionáře. Těžké stavy malnutrice jsou obvykle léčeny na metabolických jednotkách. Délka hospitalizace může být do 2 měsíců u akutních forem onemocnění, ale i 3-4 měsíce u pacientů ohrožených chronifikací. Po propouštění z hospitalizace je pacientům doporučován doléčovací program, který trvá minimálně 3 měsíce (Papežová & Novotná in Papežová, 2010).

Motivační terapie

Jedná se o krátkodobou terapii, obvykle 4 sezení. Je cílena převážně na pacienty, kteří nejsou motivováni nebo projevují velkou ambivalenci a příliš malou ochotu ke změně. K hlavním principům metody patří porozumění pacientovi, důvodům jeho chování, pochopení rozporů. Terapeut musí podpořit sebedůvěru a optimismus pacienta a přesvědčit jej, že změna je možná a je v jeho silách. Konfrontační přístup obvykle vede ke snižování motivace, proto je důležitá podpora a porozumění. Jako hlavní pravidla motivační terapie se uvádí reflektivní naslouchání, nesuggestivní a otevřené otázky a prostor pro pacienta, aby nemluvil méně než terapeut. Do motivační práce je možné zapojit rodinu a blízké osoby

pacienta, naučit je, jak s pacienty komunikovat a motivaci je podporovat (Papežová, Uher & Soukup in Papežová, 2010).

Rodinná terapie

Rodinná terapie pomáhá nejen pro pacienta, ale i jeho okolí. (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017). Je indikována hlavně u adolescentů, dětí a také jako párová terapie při partnerských problémech (Papežová, 2010).

Interpersonální psychoterapie

Interpersonální terapie byla původně vymyšlená pro léčbu deprese, proto není zaměřená přímo na jídlo. Terapie se zabývá identifikací vztahových problémů, které přivedly pacienta ke vzniku PPP nebo dané onemocnění udržují. Terapeut pomáhá vyřešit vztahové a osobnostní problémy, zvyšuje sebevědomí hlavně pro prevenci relapsu (Papežová & Novotná in Papežová, 2010).

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) představuje metodu, která je zaměřena na konkrétní, pozorovatelný a jasně definovaný problém. Hlavním cílem KBT v léčbě poruch příjmu potravy je potlačit činitele udržující poruchu a zamezit nevhodným návykům pacienta (Krch in Papežová, 2010). KBT zahrnuje rozmanité přístupy, např. psychoterapii zaměřenou na zlepšení pojetí vlastního těla, zvýšení sebedůvěry, trénink asertivity (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017). Studie efektivity KBT potvrdily, že tato metoda má příznivý vliv na všechny psychopatologické aspekty PPP a výsledky léčby jsou dlouhodobě udržitelné. Je důležité, aby jazyk terapeutů byl pro pacienty srozumitelný a aby byla navozena aktivní spolupráce s pacientem zaměřená na konkrétně přítomnou problematiku PPP (Krch in Papežová, 2010).

U pacientů s mentální anorexií se KBT doporučuje hlavně pro klinické užití. Je obzvláště důležité vytvořit u pacientů s AN spolehlivý a spolupracující terapeutický vztah, který pomůže podporovat pacienta v tom, aby se vzdal egosyntonních symptomů (Fairburn Krch, 2005). Práce s pacientem trpícím mentální anorexií je zpravidla obtížnější a dlouhodobější (Krch in Papežová, 2010).

Kognitivně-behaviorální terapie je běžně užívaná u pacientů s BN, kde vede k úplné nebo částečné remisi. Zpravidla jde o 20 setkání po dobu 5 měsíců (Krch in Papežová, 2010). Léčba se dělí na 3 fáze. V první fázi se pacientovi vysvětluje smysl léčby a teorie. Je nutno, aby pacient věnoval čas sebepozorování, pozoroval svůj způsob jedení a vedl záznamy, sledoval své chování, myšlenky a pocity, spojené s jídlem a stolováním a zamýšlel se nad tím. Pacienti mohou dostat záznamové archy pro snadnější vyplňování svých pocitů a emocí a jídelních zvyklostí. Následně se sezení začíná analyzováním vyplněných archů. Také je potřeba věnovat pozornost osvětě pacientů. Je nutno vysvětlit

následky záchvatovitého přejídání, vyprovokovaného zvracení, zneužívání diuretik a laxativ, důsledky vlivu diet a vysvětlit neúčinnost těchto metod. Terapeut musí vysvětlit princip regulace tělesné hmotnosti a její mylné hodnocení. Druhá fáze léčby trvá 8 týdnů. Hlavním úkolem této fáze je vysvětlit pacientům důležitost pravidelného jídelního režimu a změnit postoje ohledně svého těla. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby se vzdali dietních omezení, a následně se jim zmírní tendence k přejídání. Musí postupně přestat kontrolovat energetické hodnoty u jídla a začít jíst jídla s bohatší, podle názoru pacientů, energetickou hodnotou. Je taky nutno s pacienty probírat problematické myšlenky a názory spojené s jejich tělesnou hmotností a postavou. Třetí fáze je závěrečná a zahrnuje 3 setkání, která se konají jednou za dva týdny. Pacienti se připravují na možné obtíže v budoucnu a jsou informováni, jak je možné problémy zvládnout. KBT je také účinná u obézních pacientů se záchvaty přejídání (Fairburn in Krch, 2005).

Farmakoterapie

Farmakoterapie není metodou první volby v léčbě PPP. Je to podpůrná léčba, která je používána spolu s psychoterapií, nutriční terapií, režimovou terapií a s psychoedukací. Většina studií se týká dospělých pacientů, zatímco PPP často začínají v adolescenci nebo již v dětském věku. Často je nutno léčbu individualizovat. U pacientů s AN farmakoterapie není typická. Jsou studie zkoumající vliv antidepresiv, atypických antipsychotik, zinku a dalších látek. Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) nejsou účinné, protože není možné u pacientů s nízkou váhou ovlivnit serotoninergní systém kvůli nízkému příjmu tryptofanu. Tryptofan je esenciální aminokyselinou, ze které vzniká neurotransmitter serotonin. SSRI jsou používány spíše jako prevence relapsu dohromady s psychologickou intervencí. Atypická antipsychotika působí na depresivní a obsedantně-kompulzivní symptomy, současně ovlivňují nárůst váhy. Výsledky použití v praxi nejsou zatím přesvědčivé. Samotný nárůst váhy nestačí, je nutné změnit porušený postoj k vnímání vlastního těla a taky změnit jídelní chování. Byl zkoumán také vliv zinku, protože nedostatek tohoto prvku může vyvolávat symptomy typické pro AN: ztráta váhy, změna nálady, amenorea, změna chuti k jídlu a napětí v žaludku. Ve třech studiích byl prokázán nárůst váhy, zmenšení úzkosti a deprese. Studie o farmakologické léčbě pacientů s BN jsou mnohem četnější. Studie byly zaměřeny hlavně na antidepresiva. Pro léčbu bylo schváleno antidepresivum fluoxetin. Antidepresiva redukují epizody přejídání a zvracení, mají antidepresivní účinek, zmenšují úzkost, ovlivňují chuť a pocity sytosti, lepší kontrolu impulzivity. Mají ale řadu nežádoucích účinků, kterými je např. nárůst tělesné hmoty, který vede k vysazení léčby, nebo obstipace, hypotenze a suchost v ústech. Poslední z nich je nebezpečný kvůli většímu poškození skloviny při zvracení. Bupropion je kontraindikován kvůli zvýšení rizika záchvatů. Za projev účinnosti farmakoterapie se považuje snížení frekvence zvracení a snížení frekvence přejídání. Také byla popsána účinnost fototerapie, která výrazně snižovala epizody přejídání. V posledních letech se vyskytují studie o farmakoterapii psychogenního přejídání. Zkoumají se antidepresiva a antiobezitika. U

syndromu nočního přejídání při kombinaci s psychoterapií může být zvýšena účinnost léčby (Papežová, 2010).

1.4 Prevence PPP

V současné době velký vliv na mladou generaci mají media, a především internet. Dnes je velká internetová propagace pro-anorexia blogů a vlogů, kde je řada doporučení a jídelních plánů, podporujících názory na MA nebo MB. PPP jsou brány spíše jako forma životního stylu nebo životní filozofie než jako nemoc. Boj s propagací na podobných stránkách na internetu řeší odborné společnosti, ale rušení webových stránek není jednoduché a je možné pouze v případech, kdy informace těchto webů propagují přímé ohrožení života. Negativní vliv má i klamavá reklama, kde určitý výrobek zaručuje energii na celý den či reklamy, které nabízejí své výrobky k řešení emočních problémů manipulací s jídlem (Papežová, 2010). Je velice důležité, aby se již od malička rodiče snažili vypěstovat správné hodnoty u svého dítěte. Rodina by měla stolovat nejlépe společně v příjemném prostředí, dítě by nemělo být nuceno, aby snědlo všechno za každou cenu. Také je neméně důležité, aby dítě nebylo příliš často odměňováno nebo trestáno jídlem, nesmí být na to kladen příliš velký důraz. Rodiče by měli umožnit dětem se rozhodovat, měli by respektovat jejich názory a podporovat je, vytvořit atmosféru důvěry a komunikovat s nimi. V rodině by měl být vybudován zdravý postoj k jídlu a k pravidelné fyzické aktivitě, mělo by se pracovat na pozitivním vnímání vlastního těla. Předávání pozitivních hodnot mladé generaci je velice důležité a také navození pozitivního sebehodnocení a orientace na hodnoty, které nebudou založené na zevnějšku (ideální.cz, 2014b; Papežová, 2010).

Vzhledem k tomu, jak velký vliv mají media, měly by být podporovány zásady, že modelky by měly mít body mass index (BMI) nad 18 kg/m^2 . Škola má také velký vliv na prevenci PPP. Učitel si může povšimnout změny chování žáka nebo šikany na žákovi s nadváhou. Rodiče by měli být upozorněni na problém a následně ho řešit. Pedagogové by měli rozvíjet všeobecné aktivity a zájmy dětí, předcházet šikaně pro vzhled, vysvětlovat nejen nevhodnost nebezpečných redukčních diet, ale i jejich neúčinnost. Rovněž je důležité snížit riziko expozice nevhodných příkladů (Kramulová, 2016).

Prevence by měla být přizpůsobena zralosti populace a rizikovému prostředí. Preventivní programy by měly být kontrolovány odborníky a dobře ověřené. Represe a omezení mladých jedinců jsou neúčinné, je to kontraproduktivní. Je nutno nejen informovat o nebezpečí PPP, ale i změnit postoje k těmto onemocněním (Papežová, 2010).

1.5 Epidemiologie PPP

Prevalence PPP je takováto: mentální anorexie – 0,6 %, mentální bulimie – 1 % a psychogenní přejídání – 2,8 %. U 40 % jedinců s PPP byly popsány případy sebepoškozování, a to hlavně u bulimických pacientů. Střední věk vzniku PPP je 18-21 let.

Kolem 5 % pacientů představují děti do 12 let. Bylo prokázáno, že v české populaci již 13leté dívky (35 %) a chlapci (13 %) nejsou spokojeni se svojí postavou. Polovina dívek by chtěla zhubnout, 40 % se omezuje v jídle a 4 % provokují zvracení. U 40 % jedinců bylo zjištěno sebepoškozování, a to hlavně u pacientů s BN. PPP jsou až 10 krát častěji pozorovány u ženského pohlaví. V 90-95 % se poruchy objevují u dospívajících dívek a žen, 5-10 % připadá na chlapce a muže (Pavlová in Papežová, 2010). 20 % bulimiků mužského pohlaví tvoří homosexuálové. U mužů se rozvíjí Adonisův komplex, jedinec se zabývá svou postavou, velikostí svalů a přeje si být silnější (Pugnerová & Kvitová, 2016).

Poruchy příjmu potravy jsou nebezpečná a život ohrožující onemocnění. Mortalita u AN se pohybuje od 1 % do 18 %. Pacienti umírají jak na důsledky sebevražd, tak i na somatické komplikace. U neléčených nebo nedostatečně léčených pacientů ve věku 30-40 let trpících na AN je mortalita 3-4x vyšší než v běžné populaci. Přibližně 1/3 pacientů umírá na srdeční selhání. Sebevraždy u pacientů s MA jsou častější v porovnání s celkovou populací. Vysvětluje se to tím, že 65 % jedinců s AN má depresivní poruchu. Mentální bulimie má lepší prognózu než mentální anorexie. Ale to neznamená, že pacienti trpící BN neumírají kvůli své chorobě. Jednou z příčin náhlé smrti u BN může být extrémní roztažení žaludku v důsledku přejídání a útlak důležitých orgánů a cév (Stárková in Papežová, 2010).

1.6 Zdravotní důsledky PPP

Malnutrice

U pacientů s AN se při dlouhodobém hladovění může rozvíjet závažná malnutrice vyžadující nutriční podporu. Malnutrice je komplexní poruchou výživy, která zahrnuje nedostatek energie, mikronutrientů, makronutrientů a minerálů (Křížová in Zlatohlávek, 2016a). Nemocní jsou přeloženi na jednotku intenzivní péče nebo na metabolickou jednotku a výživa je podávána buď v enterální nebo v parenterální formě (Kohout in Papežová, 2010).

U dlouhodobě malnutričních pacientů může nastat komplikace, tzv. refeeding syndrom. Může se vyvíjet u nemocných s BMI pod 18,5 kg/m² s výrazným úbytkem přes 10 % hmotnosti během 2 měsíců, nebo také u pacientů bez příjmu stravy více než 1 týden. Následky refeeding syndromu mohou být dramatické, může dojít k multiorgánovému selhání a smrti. U pacientů jsou popisovány křeče, svalová slabost, srdeční selhání, hypoventilace s následnou pneumonií, také jsou časté poruchy vědomí, může nastat renální selhání. Hlavním opatřením je pozvolné zahájení realimentace, při zahájení nutriční podpory by měl pacient dostávat 50 % energetické potřeby, je nutno monitorovat vnitřní prostředí pacienta (Křížová in Zlatohlávek, 2016b).

Kardiovaskulární komplikace

Kardiovaskulární komplikace jsou jedny z nejzávažnějších u pacientů s mentální anorexií. Přibližně třetina těchto nemocných zemře na kardiovaskulární onemocnění. Komplikace se projevují závažnými poruchami srdečního rytmu, které mohou způsobit náhlou smrt. Častým nálezem je bradykardie. Také v důsledku hladovění se může rozvíjet sekundární hypotenze (Pálová & Charvát, Papežová, 2010).

Reprodukční komplikace

U pacientek s mentální anorexií je amenorea jedním z diagnostických kritérií poruch příjmu potravy. Amenorea je definována absencí tří po sobě jdoucích menstruací, je to sekundární amenorea. Primární amenorea je nedostavení se první menstruace do 15. roku života. V 50 % případů u pacientek s mentální bulimií se vyskytuje porucha menstruačního cyklu. Těhotenství může spustit relaps u pacientek s PPP, těhotenské změny mohou navodit stavy úzkosti a závažné deprese, proto rodičovství by mělo být důkladně naplánováno a otěhotnění by bylo vhodné během remise. U dětí matek s mentální anorexií byla popsána nižší porodní hmotnost, u pacientek s mentální bulimií je zvýšený počet spontánních potratů (Pařízek, Papežová & Uhlíková in Papežová, 2010).

Dermatologické komplikace

U pacientů s PPP vznikají kožní změny v důsledku hladovění, zvracení, užívání diuretik a laxativ. K nejčastějším příznakům u AN patří akné a suchá kůže na pažích a zádech. U BN je známý Russelův příznak, který vzniká při zraňování ruky a prstů při vyvolávání zvracení, vznikají tak ztlustělé okrsky na kůži. Pro mentální anorexií a mentální bulimii jsou také typické dermatitidy, alopecie, změny nehtů a lanugo – jemné ochlupení patrné hlavně na zádech, břiše a obličeji (Štork in Papežová, 2010). U čtvrtiny nemocných je kůže tenká, vlasy jsou řídké a lámou se (Krch, 2010).

Gastrointestinální komplikace

Pacienti s AN a BN často mají zubní eroze, které vznikají přibližně po 6 měsících zvracení působením kyselého žaludečního obsahu žaludku. Zuby mohou mít změněnou barvu a větší citlivost kvůli ztrátě skloviny. Díky karenci vitamínu skupiny B mohou se tvořit afty, při nedostatku vitamínu C krvácí dásně. U pacientů s BN kvůli častému zvracení se zvětšují slinné žlázy a obličej se takto rozšiřuje (Machová & Papežová in Papežová, 2010).

U nemocných mentální bulimií je závažnou komplikací dilatace žaludku, protože může dojít k útlaku cév a orgánů. Pacienti s mentální anorexií mají poruchu motility střev a následně mají zácpu, která také může být zapříčiněná dlouhodobým hladověním. Zneužívání laxativ má také řadu negativních důsledků. Při dlouhodobém použití projímadel se zvyrazňuje zácpa a atrofuje sliznice střev, může dojít ke krvácení a k dehydrataci při ztrátě tekutin střevem (Novotný in Papežová, 2010).

Obezita

Obezita je spojená s poruchami příjmu potravy ve 40-70 %, nejčastěji je u pacientů s psychogenním přejídáním, ale může být i u pacientů s BN (Toman in Papežová, 2010). Obezita se také vyskytuje u lidí se syndromem nočního přejídání (Slabá, Kravarová & Čablová in Zlatohlávek, 2016).

Obezita je definována nadměrným shromažďováním tuku v těle. Dle body mass index (BMI) lze klasifikovat obezitu 3 stupňů: I. stupeň při hodnotách BMI 30-35 kg/m², II. stupeň při BMI 35-40 kg/m² a III. stupeň při BMI nad 40 kg/m². BMI se vypočítává podle vzorce: hmotnost v kg/výška v m² (Svačina & Bretšnajdrová in Svačina, 2008). Obezita je rizikovým faktorem pro diabetes mellitus 2. typu, dyslipidemii a kardiovaskulární onemocnění (Matoulek & Sadílková in Zlatohlávek, 2016).

Další komplikace

Poruchy příjmu potravy negativně ovlivňují i další systémy. U pacientů s AN jsou změněné i plicní funkce: byla popsána dysfunkce bránice a plicní emfyzém (Pauk in Papežová, 2010). Pacienti s PPP také mohou mít renální komplikace v důsledku zneužívání laxativ a diuretik, mohou mít nefropatii a další komplikace (Ryšavá in Papežová, 2010). Kosterní komplikace se častěji objevují u pacientů s AN, ale také byly popsány případy i u nemocných s BN. Je snížena minerální denzita kostí a častěji se vyskytuje osteoporóza, byly zjištěny netraumatické zlomeniny (Freeman in Krch, 2005).

2. Kouření

2.1 Historie tabáku

“Historie lidstva nás dostatečně poučuje o tom, jak někdy zdánlivě bezvýznamná věc způsobila v lidstvu netušený převrat. A takovou zdánlivě bezvýznamnou věcí se zdála prostá rostlina – tabák, která takřka převrátila svět, neboť hluboce a pronikavě zasáhla do života lidí. Stačilo jedno jediné století, aby tabák dobyl Evropu a aby pak ovládl celý svět“ (Pejml, 1947, str. 9).

Jako první začali kouřit tabák indiánští domorodci v Americe, kouření vzešlo z náboženského kultu. Indiáni si vyráběli kornouty z palmových listů a naplňovali je rozemnutým suchým tabákovým listím. Dříve tabáková rostlina nesloužila jen ke kouření, ale byla používána indiánskými kouzelníky a kněžími jako léčivá rostlina. Kouření bylo zvláštní formou bohoslužby jako zvláštní modlitba. Existuje indiánská legenda, která nám vypráví o vzniku tabáku. Na počátku Indiáni neměli žádné jiné potraviny než divoké maso a tak, když lovci připravovali složenou srnu, aby ji upekli, zjevila se jim krásná dívka, která se posadila blízko k lovcům. Lovci si pomysleli, že to je duch, který ucítil vůni upečeného masa a přeje si ochutnat. Lovci nabídli krásné dívce kousek svého úlovku, který jí (duchovi) velice zachutnal. Dívka byla vděčná za pohostinnost a řekla lovcům, že když

přijdou na stejné místo za třináct měsíců, naleznou něco, co bude živit je i jejich děti po všechny časy. Po uplynutí stanovené doby se lovci vrátili na stejné místo a spatřili zde rostoucí kukuřici, boby a tabák (Pejml, 1947).

Do Evropy se tabák dostal na Kolumbových lodích. Údajně prvním Evropanem, který kouřil, byl Rodrigo de Jerez, jeden z odvážných plavců, kterého Kolumbus poslal prozkoumat objevené země. Během expedice domorodec daroval Rodrigovi a jeho kolegovi listy tabáku, které si Rodrigo de Jerez schoval na rozdíl od svého kolegy, který dárek zahodil. Po návratu na loď si vyrobil podobný smotek, který viděl u domorodců a zapálil si první cigaretu, kterou vůbec Evropan kouřil. Schované listy tabáku dovezl domů, do města Ayamonte. Ale ve svém městě byl kvůli kouření považován za posedlého ďáblem. Jeho manželka byla věrná církvi, obrátila se proto ke svému duchovnímu, kterému vše o nové manželově zálibě vyprávěla. Následně byl Rodrigo de Jerez postaven před soud jako čaroděj a byl odsouzen k desetiletému uvěznění (Pejml, 1947).

Později, během dalších plaveb do «Nového světa», Španělé poznali pozitivní kouření od domorodců a i když zprvu používali tabák jako léčivo při různých neduzích a chorobách, později se plavci naučili kouřit pro užitek. Semeno tabákové rostliny se dostalo do Evropy v roce 1518, dovezl je mnich Ramon Pane španělskému králi Karlu V. Později se tabák začal pěstovat v zahradách univerzit. Také milovníci květin pěstovali tuto rostlinu u sebe na zahradě, protože mnohým se líbily její květy. Avšak později se začali objevovat skeptici ohledně tabáku a dokonce na začátku 15. století anglický král Jakub I. vydal protest proti tabáku. Turecký sultán Murad IV popravoval kuřáky a v Rusku kuřáci byli veřejně bití holemi nebo jim uřezávali nosy (Pejml, 1947).

Tabák dostal i do Čech, a to přibližně na konci 16. století jako rostlina lékařská. Později se začal tabák šňupat a kouřit a začal se v Čechách pěstovat ve velkém. Avšak v roce 1806 byl vydán zákaz pěstování tabáku v Čechách kvůli malým výnosům a špatné kvalitě domácího produktu. Pěstování tabáku bylo nahrazeno pěstováním brambor, cukrové řepy a jetele, což bylo důležitější pro polní hospodářství (Čapek, 1947).

První cigarety se začaly prodávat v polovině 19. století v Londýně. Důležitým mezníkem v historii tabáku je rok 1880, kdy byl Američanem Jamesem Bonsackem patentován stroj na výrobu cigaret. Cigarety se začaly vyrábět ve velkém, klesly ceny a tak se v roce 1919 vykouřilo poprvé více tabáku v cigaretách než v dýmkách. Tím začala tabáková epidemie (Česká televize, 2010).

2.2 Diagnostika a princip závislosti na tabáku

Nikotin je zařazen v MKN-10 mezi ostatní psychoaktivní látky, proto se pro stanovení diagnózy závislosti používají stejná kritéria jako u jiných psychoaktivních látek (Čupka et al, 2005). Pro stanovení diagnózy závislosti na tabáku se musí během 12 měsíců vyskytnout nejméně 2 symptomy ze 3 skupin: tolerance (zvyšování dávky látky pro

dosažení stejného účinku), projev abstinenčních příznaků po vysazení tabáku, užívání tabáků ve větším množství a déle než to bylo plánováno (Králíková et al., 2015).

Princip závislosti na tabáku

Závislost na tabáku se rozděluje na psychosociální závislost a fyzickou závislost na nikotinu. První typ závislosti znamená, že člověk v určitých situacích potřebuje mít v ruce cigaretu. Je určitá řada situací, u kterých je kuřák zvyklý kouřit: cigareta u kávy, při stresu, po jídle, v určité společnosti. Druhý typ závislosti - závislost na nikotinu vzniká u 80 % kuřáků. V důsledku kouření se zvyšuje počet receptorů citlivých na nikotin. Následně tyto receptory vyžadují pravidelné dávky nikotinu. Při nedostatku nikotinu se objevují pro kuřáka nepříjemné abstinenční příznaky, které jej nutí si zase zapálit cigaretu. Posoudit závislost pomůže Fagerströmův test, který je uveden v příloze č. 1 (Králíková in Kalina, 2015).

Abstinenční příznaky

Abstinenční příznaky trvají většinou kolem 4 týdnů, ale touha po cigaretách a zvýšená chuť k jídlu může přetrvávat déle, až několik měsíců. Tyto příznaky se objevují přibližně po několika hodinách od vykouření poslední cigarety (Králíková in Kalina, 2015). Mezi abstinenční příznaky patří:

- Zlost, podrážděnost, nespokojenost
- Úzkost, nervozita
- Špatná nálada, smutek
- Touha kouřit
- Obtížně soustředění
- Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti
- Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci
- Neschopnost odpočívat
- Netrpělivost
- Zácpa
- Závratě
- Kašel
- Neobvyklé sny, noční můry
- Nevolnost
- Bolest v krku

(Hughes, 2007)

2.3 Nikotin a složení tabákového kouře

Nikotin

Nikotin je alkaloid, který je obsažen hlavně v tabáku. Je to velmi návyková psychoaktivní látka. Z jedné cigarety je se může vstřebat typicky kolem 1 mg, ale i až 3 nebo 4 mg nikotinu. Nikotin se vstřebává v alkalickém prostředí. Z tabáku, který je v cigaretě, se vstřebá přibližně 30 % nikotinu, z toho 90 % v plicích. Většina nikotinu je rozložena hořením nebo uniká s neinhlováním kouřem. Nikotin se po vdechnutí kouře za několik vteřin dostává dýchacími cestami do plic a potom putuje krevním řečištěm do mozku, kde se váže na acetylcholinové receptory a následně dochází k vyplavení dopaminu v nucleus accumbens. Vyplavení dopaminu vyvolává příjemný pocit, který se dostaví při kouření cigarety. Nikotin stimuluje centrální nervový systém, působí vazokonstrikčně, zvyšuje krevní tlak a zrychluje činnost srdce. Má anorektické účinky a stimuluje motilitu rektosigmatu. Je metabolizován játry, eliminován ledvinami a následně vyloučen v moči (Krtíl & Zima in Králíková, 2013).

Složení tabákového kouře

Tabákový kouř obsahuje přes 4000 plynných a pevných látek, ze kterých je téměř 100 karcinogenů. Navíc tabákový kouř obsahuje alergeny, toxické látky a mutageny. Kouř, který vdechuje kuřák, se označuje za hlavní proud kouře. Kouř, který vychází z volně hořící cigarety mezi tahy, se nazývá vedlejším kouřem. Kvalitativní a kvantitativní složení tabákového kouře ovlivňuje teplota. Při potažení je teplota oharku cigarety 900 °C, místy až 1000 °C. Hlavní proud se tvoří těmito procesy: hydrogenace, pyrolýza, oxidace, dekarboxylace, dehydratace, destilace a sublimace (Králíková et al., 2013).

Toxické plyny

Z hlediska vlivu na lidský organismus je nejvýznamnějším oxid uhelnatý (dále jen CO). CO je vysoce jedovatý plyn, který má vysokou afinitu k hemoglobinu. Váže se v krvi na místo kyslíku a vzniká karboxylhemoglobin (COHb). Zabraňuje přenosu kyslíku do plic a tkání. U kuřáků koncentrace COHb v krvi může dosáhnout až 15 % (Patočka, 2007).

Těžké kovy

Ve stopovém množství jsou v cigaretách přítomné těžké kovy. Je jich kolem 30, ve větším množství je zastoupen nikl, kadmium a arzen. Cigaretový kouř také obsahuje radioaktivní polonium a radioisotop olova. Sloučeniny niklu jsou prokázaným lidským karcinogenem, kovový nikl je zařazen do skupiny možných karcinogenů. Dle některých studií byl v cigaretovém kouři nalezen nikl v množství 40 až 580 ng. Kadmium patří do skupiny prokázaných lidských karcinogenů. Hladiny kadmia u kuřáků jsou mnohem vyšší než u nekuřáků. Při dlouhodobé expozici kadmia jsou poškozovány ledviny, je narušen metabolismus kalcia a může nastat hyperkalciurie a tvorba ledvinových kamenů (Patočka, 2007).

Dehet

Jsou to drobné pevné částice, které tvoří viditelnou část tabákového kouře. Tyto látky se usazují v plicích a je příčinou zabarvení plicní tkáně u kuřáků. Dehet je karcinogenní (Patočka, 2007).

Polycyklické aromatické uhlovodíky (PAU)

PAU představují velké nebezpečí pro lidský organismus, jsou to karcinogenní látky pro dospělého a ohrožují i zdravý vývoj plodu. V cigaretovém kouři jsou obsaženy benzoapyren, chrysen a další. Nejnebezpečnější představitel PAU benzoapyren je nejvíce obsažen v cigaretovém kouři (Patočka, 2007).

Nitrosaminy

Nitrosaminy jsou nejvýznamnější skupinou látek v tabákovém kouři vyvolávající rakovinu. Mají velký podíl na vzniku rakoviny plic u člověka (Patočka, 2007).

2.4 Léčba závislosti na tabáku

Krátká intervence

Při každém klinickém kontaktu by se zdravotník měl zeptat pacienta na kouření a kuřákovi doporučit přestat. Existuje krátká intervence „5A“, která nevyžaduje mnoho času a může pomoci kuřákovi přestat.

Ask about tobacco use (zeptat se na užívání tabáku)

- Zjistit a zdokumentovat užívání tabáku při každém kontaktu s pacientem a zaznamenat, jestli je kuřák, nekuřák nebo bývalý kuřák

Advise to quit (doporučení přestat)

- Jasně doporučit každému kuřákovi přestat. Vysvětlit, že pro zdraví pacienta je nutné přestat kouřit a říct, že je to důležitá věc, kterou může udělat pro své zdraví.

Assess willingness to make a quit attempt (posoudit ochotu přestat)

- Posoudit, jestli pacient chce nyní přestat kouřit

Assist in quit attempt (pomozte přestat)

- Jestli kuřák chce přestat: intervenovat dle svých časových možností
- Když nechce teď přestat: motivovat

Arrange follow-up (naplánavat kontroly)

- Pacient, který se rozhodl přestat, by měl být pozván na kontrolu, a to nejlépe týden poté, co přestane kouřit
- S pacientem, který přestat kouřit nechce, se vraťte k tématu při další návštěvě (Fiore et al, 2008)

Bohužel, kouření mnoho let bylo považováno za zlovyk, ale málokdy za závislost nebo nemoc (Králíková, 2015).

Základem úspěšné léčby je přání přestat. Léčba závislosti na tabáku by měla být hrazena ze zdravotního pojištění, a to včetně farmakoterapie. Tato intervence je jedna z ekonomicky nejvýhodnějších v medicíně (Králíková et al., 2013).

Psychobehaviorální intervence

Důležité je, aby byl stanoven den D – den, kdy kuřák přestane kouřit. Odborník, zabývající se léčbou závislosti na tabáku, by měl připravit pacienta na odvykání: doporučit pacientovi oznámit rodině a přátelům, že přestává kouřit, aby dostal podporu; odstranit vše, co se týká kouření, ze svého okolí; předvídání krizových situací, které vzniknou první týdny. Specialista může také doporučit léky, které by zvýšily úspěšnost a zmírnily abstinенční příznaky. Pacient si musí uvědomit, že při odvykání je nutná úplná abstinence, proto je důležité předvídat krizové situace, které by mohly svádět ke kouření. Odborník by měl pomoci pacientovi identifikovat situace rizikové pro relaps a najít nekuřácká řešení. Je také nezbytné poskytnutí informace o úspěšném odvykání, vysvětlení principu závislosti. Poskytnutí letáku pro samostudium nebo čísla linky pro odvykání kouření je také důležité. Specialista by měl být pro pacienta podporou (Králíková et al., 2013).

Farmakoterapie

Farmakoterapie při léčbě závislosti na tabáku potlačuje hlavně abstinенční příznaky. Je důležité zdůraznit pacientům, že léky nejsou proti kouření a nevyřeší psychosociální závislost. Léky by měly být užívány minimálně po dobu 3 měsíců, ale nejlépe 6 měsíců i déle. Farmakoterapie by měla být aplikována spolu s intenzivní intervencí pro větší úspěšnost. Nejúčinnější jsou léky první linie: vareniklin, náhradní terapie nikotinem a bupropion (Králíková et al, 2013).

Vareniklin

Vareniklin je lék vázaný na lékařský předpis. Dnes je to nejúčinnější lék, který neobsahuje nikotin a je vynalezen pro léčbu závislosti na tabáku. Léčba začíná bráním léků v době, kdy pacient ještě kouří. Měl by se užívat minimálně 3 měsíce, ale při používání po dobu 6 měsíců se úspěšnost ztrojnásobuje. Působení vareniklinu je dvojí. Zaprvé zmírňuje abstinенční příznaky tím, že obsadí v mozku receptory pro nikotin a tak způsobuje vyplavení dopaminu. Zadruhé, kdyby se pacient rozhodl si během léčby zapálit, příjemný pocit se nedostaví, protože nikotin se nemá kam vázat (Králíková et al, 2016).

Náhradní terapie nikotinem (NTN)

Na trhu je NTN v podobě náplastí, ústního spreje, žvýkaček a pastilek. Mají různou sílu – množství nikotinu. Výrobky jsou volně prodejné v lékárně. Každý kuřák si může zvolit nejvhodnější variantu. Nikotin z náplastí se vstřebává kontinuálně, nástup účinku je pomalejší. Pro lepší vstřebávání by měla náplast být nalepena na neochlupenou pokožku a v místě, kde kůže je slabší, například vnitřní strana paže. Z náplastí se vstřebá množství nikotinu uvedené na obalu. Ale z ústních forem se vstřebá přibližně polovina. Také u žvýkaček, ústního spreje a pastilek je pro vstřebávání důležité prostředí v ústech – musí být lehce zásadité. Proto je vhodné během aplikace nejíst a nepít, hlavně ne kyselé. Nikotin z těchto orálních forem se vstřebává bukalní sliznicí. Může místně podráždit sliznici. Pastilky se rozpouštějí v ústech. U žvýkaček je důležitý způsob aplikace, nesmí se žvýkat jako obyčejné žvýkačky. Nežvýkají se po celou dobu, při pálení se musí odložit pod jazyk nebo za tvář. Tak se nikotin vstřebá bukalní sliznicí a nebude dráždit žaludek (Králíková et al., 2013; Králíková et al., 2016).

Bupropion

Bupropion je vázáný na předpis a je to běžně užívané antidepresivum. Mechanismus účinku se vysvětluje snad zvýšením hladiny noradrenalinu a dopaminu, tím se potlačuje bažení po cigaretách a zabraňuje se abstinenčním příznakům. Zdvojnásobuje úspěšnost léčby. Má řadu nežádoucích účinků: suchost v ústech, zvýšení krevního tlaku a také není vhodné použití s většími dávkami alkoholu. Je kontraindikován pacientům se současnou nebo dřívější diagnózou anorexie, bulimie nebo maniodepresivity (Králíková et al., 2013; Králíková et al., 2016).

2.5 Prevence kouření

Velice důležitá je prevence kouření u dětí a adolescentů. Je již známo, že většina kuřáků, 80 – 90 %, si zapálí cigaretu v dětském nebo adolescentním věku. V Praze první cigaretu vykouří dítě ve věku přibližně 10 let. Právě na tuto skupinu je zaměřen marketing tabákového průmyslu, protože se ví, že dospělí lidé prakticky kouřit nezačínají. Samozřejmě, že by rodiče měli být nekuřáckým příkladem pro své děti. Pokud rodiče nechtějí nebo nemohou zanechat kouření, neměli by kouřit doma a také v autě (Králíková & Páleníková, 2009). Případně by měla být poskytnuta pomoc rodičům se zanecháním kouření. Více kouří ty děti, které si nevěří nebo nejsou doma spokojené, proto by se mělo zvyšovat sebevědomí dětí a doma by měla být navozena dobrá atmosféra. V neposlední řadě je zájem rodičů o volný čas a kamarády svých dětí. Upozornění na vliv kouření musí být opatrné. Je důležité chápat, že děti nezajímají možné následky kouření, které se objeví v budoucnosti v podobě rakoviny nebo infarktu. Spíše by bylo vhodné zmiňovat stárnutí kůže, impotenci nebo nepříjemný zápach z úst. Bohužel v dnešní době jsou cigarety prezentovány jako symbol dospělosti, proto rodiče mají za úkol vysvětlit, že realita je jiná.

Cílená primární prevence musí být už v předškolním věku v mateřských školách a plynule pokračovat na základní a střední škole (Králíková et al, 2013).

V prevenci je velmi důležité, aby existovala podpora odvykání kouření v podobě širokého spektra dostupné léčby závislosti na tabáku od telefonních linek do intervence v primární péči, během hospitalizace nebo dostupnou farmakoterapií hrazenou ze zdravotních pojišťoven. Velmi úspěšnou prevencí je zákaz kouření ve veřejných volně přístupných prostorách (Králíková, 2015).

Pro prevenci je také nezbytná dobrá komplexní legislativa a další veřejná opatření. Hlavní body kontroly tabáku jsou představeny v Rámcové úmluvě o kontrole tabáku WHO (dále jen Úmluva), která začala platit 27. 2. 2005. V České republice byla Úmluva ratifikována a vstoupila v platnost 30. 8. 2012. Cílem Úmluvy je neustále snižovat míru užívání tabáku. Mezi hlavní ustanovení patří snížení poptávky po tabáku (cenová a daňová opatření, balení a označení výrobků, regulace reklamy a propagace, zlepšení veřejného povědomí o škodlivosti tabákových výrobků), snížení dostupnosti tabáku (zákaz prodeje tabákových výrobků nezletilým osobám, nezákonný prodej) a další ustanovení (odpovědnost, politika ochrany veřejného zdraví a kontroly tabáku, národní koordinační mechanismy) (Králíková et al, 2013).

2.6 Epidemiologie kouření

Tabáková epidemie je jednou z nejvíce život ohrožujících epidemií. Dle WHO ve světě kouří přes 1,1 miliardy lidí (WHO, n.d.). Na následky kouření zemře ročně přes 7 milionů lidí, z toho více než 6 milionů jsou kuřáci a zbylých 890 tisíc lidí jsou pasivní kuřáci. Přes 80 % kuřáků žije v rozvojových zemích (WHO, 2018). Průměrně celoživotní kouření zkrátí kuřákovi život o 15 let. V České republice kouří přibližně 2,5 milionu lidí. Epidemiologické studie prokázaly, že kouření v ČR se podílí 17-19 % na roční úmrtnosti (Vaňová, Skývová & Csemy, 2017). Ročně v ČR na důsledky kouření zemře okolo 16 000 lidí (Králíková, 2015).

2.7 Formy tabáku a elektronické cigarety

Cigarety

Cigarety jsou nejběžnější formou požití tabáku. Nikotin se vstřebá nejrychleji z cigaret. Dnes v cigaretách je přes několik desítek různých druhů tabáku. Okolo 10 % tvoří aditiva, je jich několik stovek a jsou přidány do cigaret proto, aby se kouř lépe vdechoval, aby kouř byl lahodný, aby nedráždil v krku a hlavně, aby se co nejrychleji vstřebával nikotin. Cigarety se vyrábějí také s různými příchutěmi. Takové výrobky jsou hlavně lákavé pro děti. Mentolové cigarety přinášejí pocit chladného a čistého vzduchu, tak se tabákový kouř vdechne snadněji a hlouběji. Proto mentolové cigarety jsou toxičtější a návykovější (Králíková, 2015).

Bezdymný tabák

Existuje bezdymný tabák šňupací a orální. Orální tabák se dělí na žvýkáci nebo porcovaný („snus“). Bezdymný tabák má méně negativních účinků než kouření, protože chybí proces pyrolýzy. Ale není bezpečný, může způsobovat choroby dutiny ústní, paradentózu, kancerogenezi a negativně ovlivňuje kardiovaskulární systém (Králíková et al., 2013).

Vodní dýmka

Dnes je vodní dýmka je velmi oblíbená u adolescentů a mladých lidí. Bohužel riziko kouření vodní dýmky je podceňováno a je spojeno s řadou mýtů. Tabákové směsi pro vodní dýmky jsou různé a mají většinou ovocnou příchut'. Kouř, který prochází vodou, se ochlazuje a následně se snadněji vdechuje. Tabák pro vodnici obsahuje okolo 2-4 % nikotinu, kdežto cigarety obsahují 1-3 %. Koncentrace CO v kouři je výrazně vyšší než u cigaret. Také se zvyšuje koncentrace karboxyhemoglobinu u kuřáků, byla naměřena hodnota 6,5 % COHb zatímco nekuřáci měli 1,6 % COHb. Je to v podstatě přiotrávení oxidem uhelnatým. Jedna seance vykouření vodní dýmky se přirovnává k 30-300 cigaretám pokud jde o produkty spalování, především CO a dehtové látky (Králíková et al., 2013; Králíková, 2015).

Již byla prokázána spojitost kouření vodní dýmky s rakovinou dýchacích cest, žaludku a jícnu. Taky je zvýšené riziko infekcí kvůli tomu, že kuřáci sdílejí jeden náústek mezi sebou nebo i v případě jednorázových náústků přes trubici. Jde například o riziko infekce *Helicobacter pylori*, tuberkulózy, herpes simplex a hepatitidy A. Výměna náústku nestačí pro zabránění šíření infekce, je nutno čistit i hadici, kterou bohužel naprostá většina čajoven nečistí vůbec nebo ji čistí jen propláchnutím vodou. Nejčastějším mýtem je, že kouření vodní dýmky je méně nebezpečné, že kouř obsahuje méně nikotinu a voda odfiltruje škodliviny z kouře. Taky se někteří domnívají, že když tabáková placka obsahuje ovoce, je zdravá (Králíková et al, 2013).

Doutníky a dýmky

Na rozdíl od cigaret je kouř doutníků a dýmek zásaditější, proto se nikotin vstřebá již v bukalní sliznici a kuřák nemusí potahovat kouř až do plic. Zdravotní riziko kouření doutníků je často podceňováno (Králíková et al, 2013).

Elektronické cigarety

Elektronické cigarety (dále jen EC) jsou systémy zahřívající tekutinu s nikotinem, případně i bez nikotinu. Náplně do EC mají různou koncentraci nikotinu a velké množství různých příchutí. Vapování EC je považováno za mnohem bezpečnější v porovnání s kouřem obvyklých cigaret, především proto, že se nekouří – nic nehoří, avšak chybí dlouhodobé výzkumy v této oblasti. V některých výrobcích byly nalezeny toxické látky jako formaldehyd, těžké kovy, acetaldehyd a další, ale vždy jen jednotlivé látky a navíc ve

významně nižších koncentracích než v kouři cigaret. EC jsou občas používány jako pomoc při odvykání kouření. Zdá se, že by vážně mohly pomoci přestat kouřit. Ale jde o velice kontroverzní téma a je potřeba zjistit všechna zdravotní rizika, aby mohlo být doporučováno. Za klady EC můžeme hlavně uvést absenci zápachu a nedopalků, které jsou toxickým a špatně degradovatelným odpadem, absenci rizika požáru (pokud nedojde ke zkratu) a prakticky nulové riziko pro okolí. Zápory používání EC jsou hlavně riziko užívání dětmi, nedostatek regulací a zvýšené riziko závislosti na nikotinu, také iluze bezpečnosti a normalizace kouření (Králíková & Ježek in Králíková 2013; Králíková 2015).

2.8 Pasivní kouření

Pasivní kouření nebo také „kouř z druhé ruky“ je globálně příčinou mortality 890 tisíc lidí ročně. Je to vdechování tabákového kouře, který je vydechován kuřákem a proudí z volně hořící cigarety. Bezpečná dávka tabákového kouře neexistuje, nebezpečí představuje vdechování jakéhokoli množství. Tabákový kouř je složen z více než 4000 chemických látek, mnohé jsou toxické a kancerogenní. Pasivní kouření, stejně jako aktivní, způsobuje kardiovaskulární, nádorová a další onemocnění. Děti, které jsou vystaveny tabákovému kouři, mohou mít častější onemocnění dýchacích cest nebo ušní infekce (Králíková et al., 2013). Kouření v bytě negativně ovlivňuje nejen členy rodiny, ale i domácí mazlíčky (Knapton, 2015).

„Kouř z třetí ruky“ je nový termín, který označuje látky, zůstávající na oblečení, nábytku, kobercích, uvnitř kuřáckých vozidel, vlasech nebo pokožce i po vyvětrání tabákového kouře. Kouření v autě také představuje nebezpečí pro zdraví, a to i v případě, že řidič má otevřené okno. V některých státech je zakázáno kouřit v autě, ve kterém se nachází dítě nebo adolescent. Řidič, kouřící za volantem, je ve větším riziku se dostat do dopravní nehody jednak z mechanických důvodů, jednak kvůli vlivu CO nebo nikotinu (Králíková et al., 2013).

2.9 Zdravotní důsledky kouření

Kardiovaskulární onemocnění

Hlavním rizikovým faktorem onemocnění srdečního a tepenného systému je kouření. Vztah mezi kouřením a aterosklerózou byl již dávno prokázán. Kuřáci mají mnohem větší riziko akutního infarktu myokardu, podílí se na 50 % infarktů u mladých lidí. Riziko náhlé srdeční smrti je 2,3krát vyšší než u nekuřáků. Postihuje také tepny dolních končetin, kuřáci mají 7krát větší riziko a onemocnění se může vyskytnout přibližně o 10 let dříve než u nekuřáků. Kouření snižuje poddajnost cévní stěny. Pasivní kouření také negativně ovlivňuje kardiovaskulární systém, riziko vzniku onemocnění je o 30 % vyšší. Důležité je,

že při zanechání kouření se riziko kardiovaskulárních onemocnění rychle snižuje (Aschermann & Linhart in Králíková, 2013)

Kouření a plicní onemocnění

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) nepochybně vzniká při aktivním kouření tabáku. Hlavními symptomy jsou dušnost, kašel, vykašlávání hlenu, dyskomfort v oblasti hrudníku a horší snášenlivost fyzické námahy. CHOPN je definována omezením proudění vzduchu v dolních dýchacích cestách. Kuřáci s CHOPN mají těžší symptomy a mají jich více než nekuřáci. Toto onemocnění zatím ještě neumíme vyléčit, ale můžeme značně zpomalit progresi nemoci a redukovat symptomy choroby (Koblížek & Kudelová in Králíková, 2013).

Kouření a zhoubná onemocnění

Tabákový kouř je kancerogenem třídy A, je to prokázaný lidský karcinogen (Prausová in Králíková, 2013). Bronchogenní karcinom je v České republice častým maligním nádorem. Vzniká 20krát častěji u silných kuřáků (Bártová, 2015). Riziko vzniku onemocnění roste s počtem vykouřených cigaret a délkou užívání. Prvotní symptomy jsou často podceňovány, prognóza onemocnění závisí od včasného stanovení diagnózy (Prausová in Králíková, 2013).

Karcinom rtů je častý nádor u kuřáků dýmek, karcinom jazyka je vysoce zhoubný nádor, brzy metastázuje do hlubokých krčních uzlin a také do vzdálených orgánů. I přes léčbu pacient většinou přežívá maximálně 2 roky (Bártová, 2015).

Nádory jícnu jsou nejčastěji spojené s drážděním sliznice především kouřením a destiláty. Pacienti obvykle podceňují časné potíže v podobě dysfagie a úbytku na váze. Prognóza je špatná, jen 5-6 % pacientů může být vyléčeno (Prausová in Králíková, 2013).

Kuřáci také mají větší riziko vzniku karcinomu žaludku a karcinomu tlustého střeva. V souvislosti s kouřením může vzniknout i karcinom močového měchýře, udává se, že kolem 50 % nově vzniklých karcinomů bylo nalezeno u kuřáků. Kouření souvisí se vznikem akutní myeloidní leukémie, riziko vzniku se zvyšuje o 30-50% (Prausová in Králíková, 2013).

Reprodukční systém

Kouření má nepochybně negativní vliv na reprodukční systém obou pohlaví. U mužů je počet a motilita spermií nižší přibližně o 13-17% než u nekuřáka. U kuřáků se také objevuje větší počet spermií s poškozeným genetickým materiálem. Kouření značně zvyšuje pravděpodobnost vzniku impotence, kuřáci mají 2krát větší riziko erektilní dysfunkce. Kouření má na ženu řadu negativních vlivů. Kuřačky mají 2krát častěji bolestivou menstruaci. Při používání hormonální antikoncepce riziko infarktu myokardu

v mladém věku je 20krát větší než u nekuřáček. Kouření snižuje spolehlivost hormonální antikoncepce, proto je zvýšené riziko nechtěného těhotenství. Byl již prokázán vliv kouření na rakovinu děložního čípku, kuřáčky mají 2-3krát větší riziko vzniku tohoto maligního onemocnění. Je známo, že u kuřáček je snižená pravděpodobnost otěhotnění a to o 10-40 %. Kouření také souvisí s nižší porodní hmotností dítěte a s předčasným porodem. S kouřením matky souvisí vznik vrozených vývojových vad plodu, riziko roste u rozštěpu rtu a patra o 30 % v porovnání s nekuřáčkami (Michalcová & Feyreisl in Králíková, 2013).

Gastrointestinální systém

Jak již bylo zmíněno výše, kouření značně zvyšuje riziko maligních onemocnění trávicího traktu. Ale je velmi zajímavé, jak se kouření vztahuje k idiopatickým střevním zánětům – Crohnově nemoci a ulcerózní kolitidě. Řada studií prokázala, že kuřáctví je rizikovým faktorem pro Crohnovu chorobu, ale pro ulcerózní kolitidu rizikovým faktorem je nekuřáctví. Kuřáci s Crohnovou chorobou mají 2,5krát větší riziko opakování operace v porovnání s nekuřáky. U kuřáků s ulcerózní kolitidou je méně častá potřeba kolektomie a je mírnější průběh onemocnění a menší potřeba léčby (Lukáš & Stubblefield in Králíková, 2013).

Další komplikace

Kouření ovlivňuje další systémy lidského organismu. Je to rizikový faktor pro vznik diabetes mellitus. Kouření vede k rozvoji inzulinové rezistence a následně k diabetu, u kouřících diabetiků vede ke zhoršení prognózy (Rosolová in Králíková, 2013). Negativní změny se objevují i v imunitním systému (Petanová in Králíková, 2013). Kuřáci mají 2krát větší riziko onemocnět roztroušenou sklerózou než nekuřáci, kouření také zrychluje progresi onemocnění (Havrdová in Králíková, 2013). Kouření negativně ovlivňuje složení a množství krevních lipidů. Zvyšuje se hodnota celkového cholesterolu, LDL a triglyceridů, naopak koncentrace HDL cholesterolu klesá. Tyto změny metabolismu lipidů jsou jedním z důvodů velkého kardiovaskulárního rizika u kuřáků (Vrablík & Česka in Králíková, 2013).

3. Souvislost PPP a kouření

3.1 Kouření a hmotnost

„Nikotin je anorektikum s centrálním, metabolickým a gastrointestinálním účinkem“ (Pánková & Sucharda in Králíková, str. 206, 2013). Nikotin působí sympatomimeticky, a tak zvyšuje bazální metabolismus o 5-10 %, což je až kolem 880 kJ/den. Při vykouření jedné cigarety energetický výdej se zvyšuje o 3 % během půl hodiny. U kuřáků je zpomalené vyprazdňování žaludku a tím se prodlužuje pocit sytosti. Nikotin také působí na činnost střev, urychluje motilitu rektosigmatu (Pánková & Sucharda in Králíková, 2013).

Přibližně polovina kuřáček a pětina kuřáků v České republice se bojí nárůstu hmotnosti po zanechání kouření. Řada studií uvádí, že u více než 80 % odvykajících po zanechání kouření dojde ke zvýšení hmotnosti. Průměrně pacienti přiberou 4-5 kg během prvního roku (Pánková & Sucharda in Králíková, 2013). Váhový přírůstek nastává kvůli řadě mechanismů. Vysvětluje se to tím, že vyprazdňování žaludku je rychlejší a proto odvykající kuřák má větší chuť k jídlu. Také se zvyšuje energetický příjem, protože kuřáci jsou zvyklí «mít něco v ústech», častěji se odměňují jídlem a po zanechání kouření se zlepšuje u bývalých kuřáků chuť a čich. Je již známo, že hlad způsobuje bažení po cigaretách, proto odvykající kuřáci se snaží nahradit cigarety jídlem. Je velmi důležité vysvětlit pacientům, že zanechání kouření přinese mnohem více prospěchu pro zdraví než menší příbytek na váze. Kuřáci by měli být informováni o možnostech, jak váhový přírůstek snížit, například pomocí pohybové a dietní intervence (Pánková, 2016; Pánková & Sucharda in Králíková, 2013).

3.2 Spojitost PPP a kouření

Cigarety mohou být vnímány jako dietní prostředek a takto následně zneužívaný. Kouření může být použito k zahnání hladu, ke snížení chuti k jídlu nebo k nahrazení jídla. Pacienti s poruchami příjmu potravy mohou používat kouření pro snadnější vyprazdňování, protože trpí obstipacemi, které jsou pro jedince s PPP velmi nepříjemné kvůli otokům a bolestivým pocitům plnosti (Krch in Králíková, 2013). Podle studií jedinci s bulimií a psychogenním přejídáním kouří intenzivněji než kuřáci bez PPP. Mentální anorexie není spojená s častějším kouřením.. Nízký počet silných kuřáků s AN může také znamenat, že pacienti záměrně skrývají informace o škodlivém chování a jiné osobní informace.

Jedinci s mentální anorexií mohou mít emfyzém plic a kouření cigaret může vyvolat podstatné zhoršení onemocnění. Také pacienti s purgativní formou anorexie a s bulimií mají riziko vzniku rakoviny jícnu kvůli častému zvracení, neboť kouření toto riziko zvyšuje. Osoby trpící psychogenním přejídáním často mají obezitu a kouření může přispět ke zvyšování rizika kardiovaskulárních onemocnění (Solmi et al, 2016).

3.3 Elektronické cigarety a PPP

Poslední dobou elektronické cigarety (EC) nabývají větší popularity. Vapování může být použito pro redukci kouření cigaret, jako pomoc s odvykáním nebo také pro kontrolu hmotnosti. Elektronické cigarety jsou nabízeny jak s nikotinem tak i bez. Kvůli nikotinu chuť k jídlu je potlačována a to vysvětluje menší touhu po jídle. Také se zvyšuje bazální metabolismus. Navíc náplně pro elektronické cigarety představují velmi bohatou různorodost příchutí, například vanilka, skořice, alkoholické nápoje, káva, čokoláda, cappuccino a dokonce příchutě některých dezertů a mnoho dalších. Některé příchutě imitují vysoce kalorická jídla a nápoje, proto mohou být volené při pokusech o snižování hmotnosti. Na fórech uživatelů EC jsou příspěvky od kuřáků, kteří uvádějí, že elektronické

cigarety zabraňují chuti pořád něco jíst, zastavují bažení po jídle a také jsou způsobem, jak oklamat tělo, že něco jí (Morean & Wedel, 2017).

Ve Spojených státech se objevila reklama na tak zvané “Vapor Diet”. Je to reklama na EC, která chce nalákat lidi na různé příchutě s 0 kalorií (Morean, Wedel, 2017). Například stránky Yourvapordiet slibují spalování tuku, potlačení hladu, rychlé hubnutí, více než 40 příchutí, lahodné příchutě a uvádějí to jako zdravou alternativu hubnutí (<http://buyvapordiet.com/>).

Pacienti s PPP jsou rizikovou skupinou pro zneužívání elektronických cigaret kvůli snaze snížit váhu. Dle studií Morean a L’Insalata (2017) jedinci s poruchami příjmu potravy používali EC pro kontrolování hmotnosti, vapovali každý den a používali větší koncentrace nikotinu. Důležité je, že většina kuřáků kombinuje kouření cigaret a EC. Osoby trpící PPP používali vapování 4krát častěji než osoby bez PPP (Morean, L’Insalata, 2017). Také byly prozkoumány pro-anorektické blogy, kde informují uživatele, že EC pomáhají kontrolovat chuť a zmenšují záchvaty přejídání (Morean, Wedel, 2017).

Je důležité podotknout, že doposud elektronické cigarety nebyly dostatečně prozkoumány a není ještě dokázáno, že jsou bezpečné. Proto je důležité informovat pacienty, že i příliš časté vapování může nést zdravotní rizika (Králíková, Ježek in Králíková 2013; Morean, Wedel, 2017).

3.4 Relaps PPP při odvykání kouření

Simioni a Cottencin (2015) popsali 2 případy relapsu poruch příjmu potravy při odvykání kouření. Dvě pacientky více než před 10 lety měly AN. Pak se rozhodly přestat kouřit. Následně oznámily problémy s váhou a výskyt restriktivního chování, snížilo se BMI. Vysvětluje se to tím, že po zanechání kouření se začaly projevovat abstinenní příznaky v podobě váhového přírůstku. Proto by měl být vytvořen screening pro podchycení pacientů s PPP v minulosti a další péče o pacienta by měla být komplexní.

3.5 Deprese

Pacienti s PPP mají většinou depresivní příznaky. Je to kvůli tomu, že neustále prožívají nepříjemné pocity kvůli vzhledu, neustále myslí na jídlo, většinou jsou sociálně izolovaní a mají řadu zdravotních potíží. Navíc mají pocit viny z vlastní neschopnosti, že nezvládají omezit svůj příjem potravin, že se přejídají a mají nepřiměřené požadavky na tělesnou hmotnost. Tak mnohdy každý příjem jídla je spojen s pocitem viny (Krch, 2010). Přibližně 20 % pacientů s AN má depresivní poruchy. Pacienti s BN mají výraznější známky deprese, depresemi trpí od 20 až do 80 % osob s bulimií (Krch, 2005). U osob s bulimií se vyskytuje velmi široká škála depresivních symptomů (Cooper, 2014). Dle některých studií 88 % adolescentů s BN má jednu nebo více psychických poruch, mezi které patří kolísání nálady, úzkosti a nejčastěji deprese (Valenzuela et al, 2018). Lidé, trpící psychogenním

přejídáním a syndromem nočního přejídání, mají zvýšené riziko deprese (Slabá, Kravarová & Čablová in Zlatohlávek, 2016).

Řada lidí předpokládá, že kouření pozitivně ovlivňuje náladu, což může motivovat ke kouření a zvyšování závislosti na nikotinu (Pang et al, 2014). Dle An a Xiang (2015) deprese může přivést nekuřáky ke kouření a naopak, kouření se může podílet na vzniku deprese u kuřáků. Kouřící adolescenti mají větší predikci deprese v dospělosti. Také nekouřící adolescenti s depresí při experimentování s kouřením mají větší riziko stát se každodenním kuřákem. Jak adolescenti tak i dospělí kuřáci mají těžší deprese v porovnání s nekuřáky (Tjora et al, 2014). Velký počet kuřáků má opakující se deprese. Ale při úspěšném zanechání kouření se úroveň deprese postupně snižuje, navíc pacienti, kteří měli těžkou depresi, prokazují největší zlepšení (Štěpánková et al, 2017).

Z toho plyne, že kouření u pacientů s poruchami příjmu potravy může souviset s depresí a naopak, deprese jsou důsledkem kouření.

II. Praktická část

4. Cíl práce

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit souvislost mezi kouřením a poruchami příjmu potravy, získat přehled o tom, jestli kouření ovlivňuje příjem potravy a jak, jestli kouření není zneužíváno pro snížení hmotnosti.

5. Metodika

Jako formu praktické části mé bakalářské práce jsem zvolila dotazníkové šetření. Cílem dotazníku bylo zjistit, jestli lidé trpící poruchami příjmu potravy kouří pro snížení hmotnosti a jestli na sobě pozorují nějaké změny týkající se kouření. Vypracovala jsem anonymní dotazník, který je uveden v příloze č. 2 a č. 3. Dotazník byl vypracován ve dvou jazycích, v ruštině a v češtině pro zajištění většího počtu respondentů a získání větší různorodosti odpovědí a možnosti je porovnat. Dotazník tvoří celkem 14 otázek. Ruská verze dotazníku byla umístěna na internetovém portálu Survio, česká verze na Vyplňto. Dále odkazy na dotazníky byly šířeny přes sociální sítě VKontakte a Facebook ve skupinách jak poskytujících psychologickou pomoc pro lidi trpící PPP, tak i ve skupinách propagujících PPP. Také odkazy na dotazníky jsem zveřejnila na stránkách eMimino, Vinted a pokec.sk. Oba dotazníky byly dostupné pro vyplňování od 13. 02. 2018 do 12. 03. 2018.

Celkem bylo získáno 119 odpovědí. Dotazník byl vytvořen jen pro lidi, kteří mají (nebo měli v minulosti) PPP a pro ty, kteří zároveň kouří (nebo kouřili v minulosti). Z těchto důvodů bylo 18 respondentů vyloučeno z šetření, protože nikdy nekouřili nebo nikdy neměli PPP. Tak bylo vyhodnoceno jen 101 odpovědí. Tyto respondenty tvořilo 100 žen a 1 muž ve věkovém rozmezí 14 až 49 let.

V dotazníku byly otázky na váhu a výšku. Tato data jsem použila pro výpočet BMI jednotlivců a posléze průměrné BMI. Dále každý respondent měl uvést, jakou poruchou příjmu potravy trpěl nebo trpí. Byly uvedeny 3 základní typy PPP jako anorexie, bulimie, psychogenní přejídání a 4. možnost – jiné, kde respondent mohl uvést svoji variantu, například syndrom nočního přejídání, purgativní typ anorexie, Adonisův komplex atd.

Poté respondent měl uvést, jestli kouří nebo kouřil v minulosti. Další otázka byla, kolik cigaret respondent kouří a následně otázka, kde v odpovědi respondent musí uvést důvod, proč začal kouřit. Další otázky zjišťují pomocí jednoduchých odpovědí ano nebo ne, jestli kouření usnadňuje vyprazdňování, jestli respondenti se bojí zvyšování hmotnosti v důsledku zanechání kouření a zda trpí depresemi nebo depresivní náladou a kouří pro zlepšení nálady.

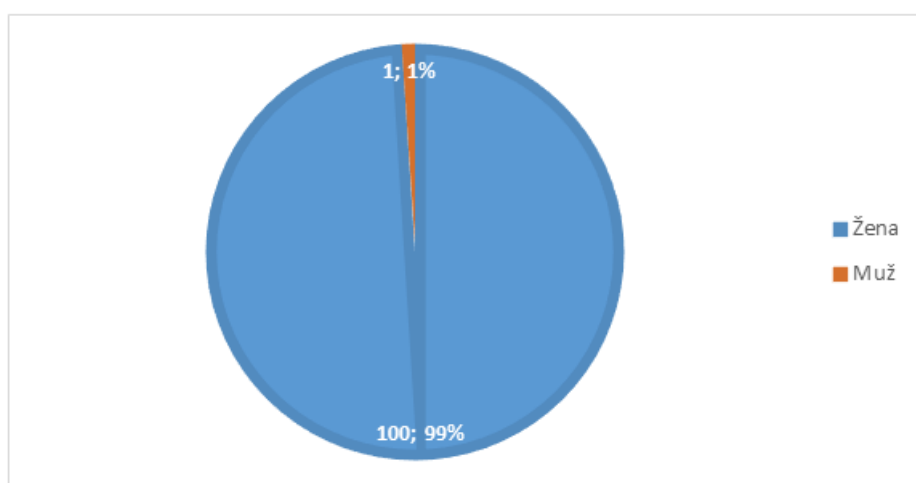
Závěrečná otázka byla věnována relapsu poruch příjmu potravy při zanechání kouření. V další kapitole jsou hodnoceny výsledky sběru dat pomocí grafů a tabulek. Na konci je uvedena tabulka pro porovnání odpovědí z dotazníku v ruské a české verzi.

6. Výsledky

Výsledky anonymního dotazníkového šetření jsou uvedeny pomocí grafů a tabulek, na konci je uvedena tabulka srovnávající odpovědi dotazníku v ruštině a v češtině.

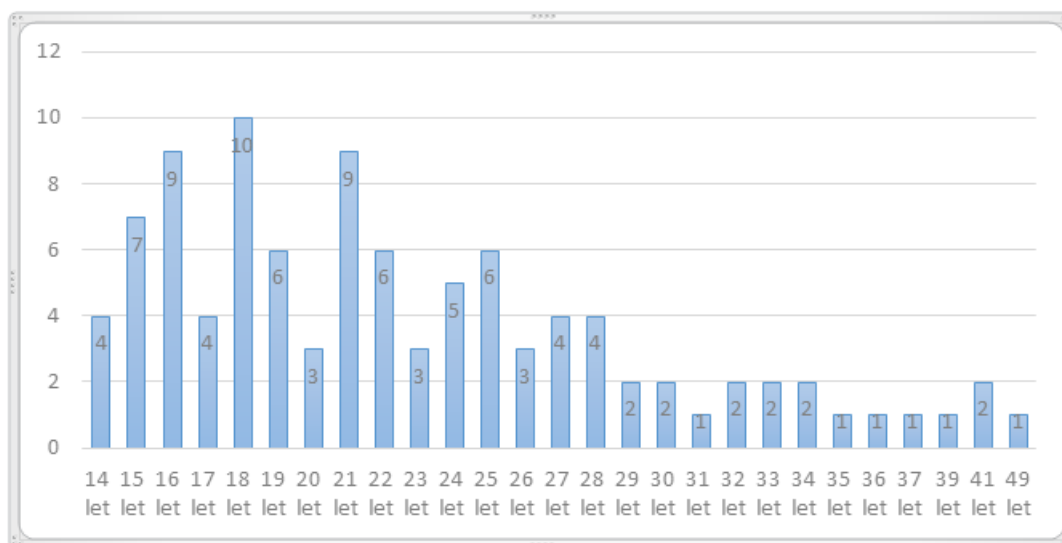
Charakteristika souboru

Celkem se průzkumu zúčastnilo 101 respondentů, z toho jsem získala 100 (99%) odpovědí od žen, 1 (1%) respondent byl muž, viz graf 1.



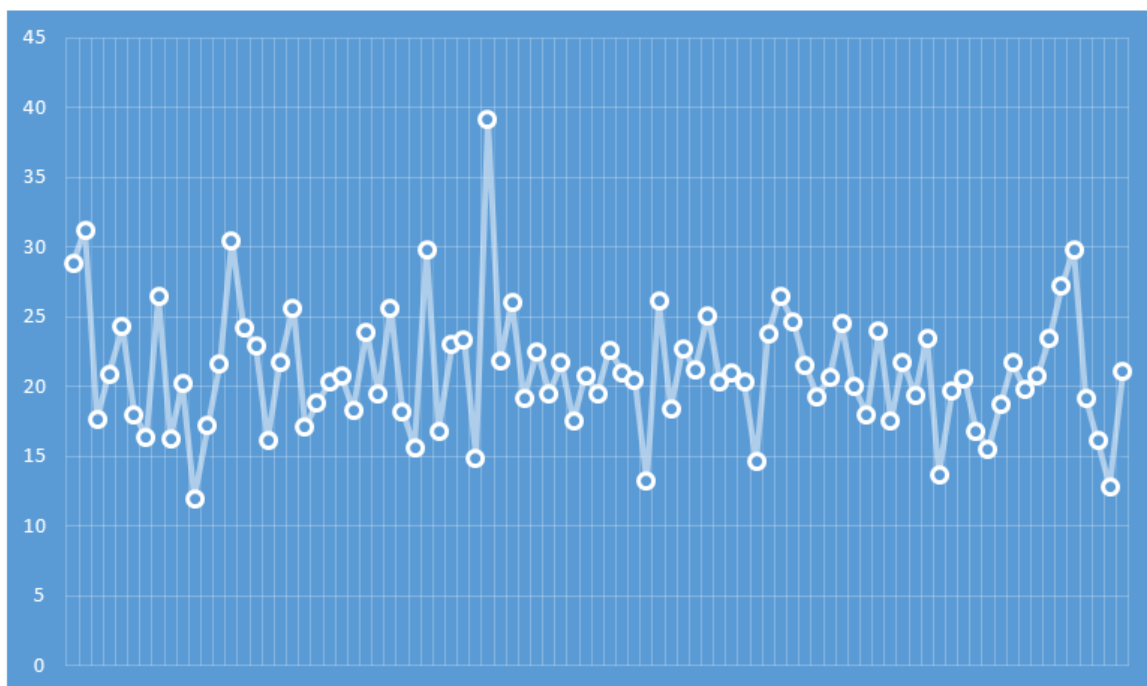
Graf č.1: Pohlaví respondentů

Věk respondentů se pohyboval od 14 do 49 let. Nejvíce odpovědí jsem získala od věkové skupiny 15 – 22 let, viz graf 2.



Graf č. 2: Věk respondentů

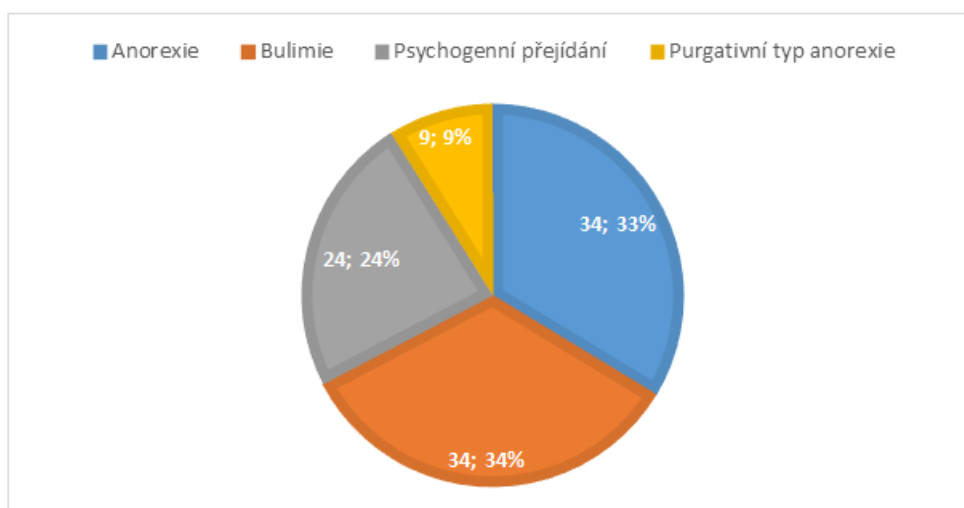
Pomocí otázek č. 3 a č. 4 jsem zjistila výšku a váhu respondentů a propočítala jsem BMI všech respondentů, viz graf 3. Průměrné BMI je 21,1kg/m²



Graf č. 3: BMI respondentů

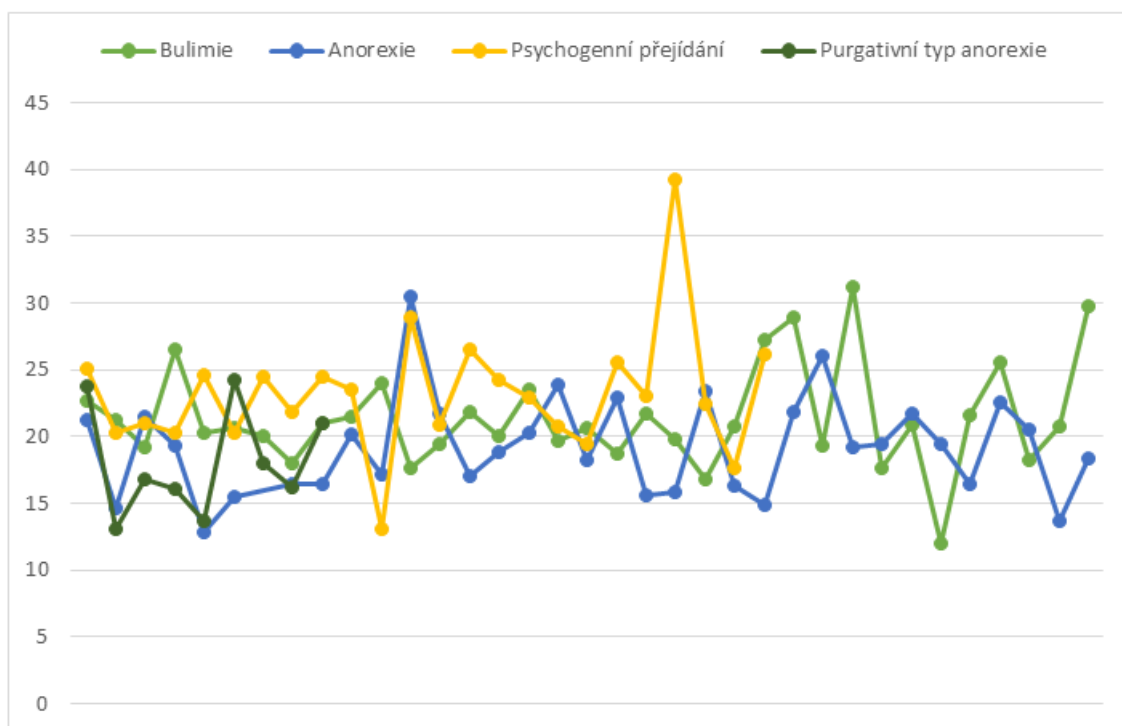
Typ poruchy příjmu potravy

Výzkumu se zúčastnili respondenti se 4 typy PPP: anorexie, bulimie, psychogenní přejídání a purgativní typ anorexie, viz graf 4. Stejný počet je respondentů s anorexií a bulimií, nejméně je však respondentů s purgativním typem anorexie.



Graf č. 4: Typ poruchy příjmu potravy

Následně jsem vytvořila graf s BMI respondentů podle onemocnění. Nejmenší hodnota BMI byla 12kg/m^2 u respondenta s bulimií, největší – $39,2\text{kg/m}^2$ u respondenta s psychogenním přejídáním, viz graf 5.



Graf č. 5: BMI respondentů podle onemocnění

Status kuřáctví

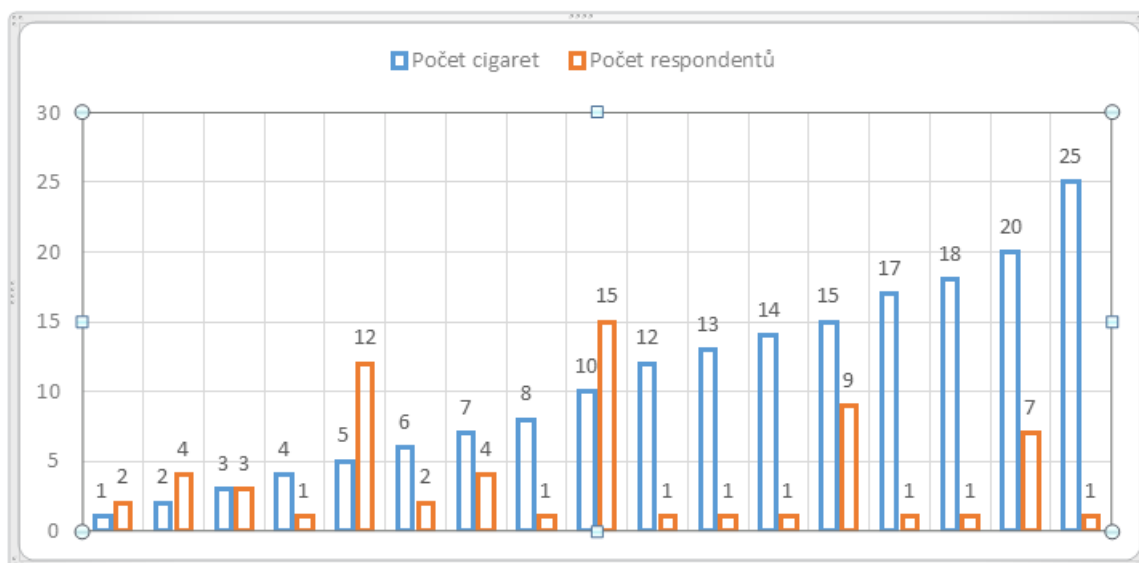
Cílem této otázky bylo zjistit počet kuřáků a bývalých kuřáků, viz tabulka 1. Nekuřáci byli vyloučeni z šetření.

Kouříte?	Počet respondentů (%)
Ano	57 (56,4 %)
Ne, v minulosti jsem kouřil/a (při vyplňování následujících otázek odpovídejte tak, aby to odpovídalo době, co jste kouřil/a)	44 (43,6 %)

Tabulka č.1 – Status kuřáctví

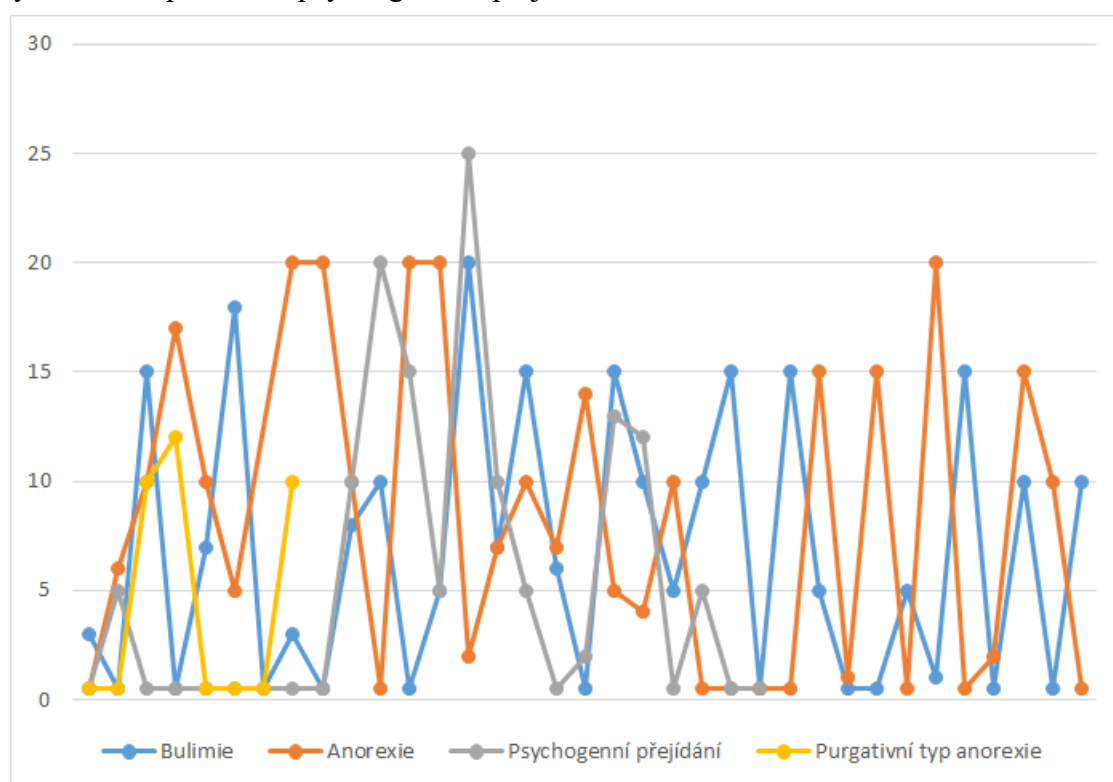
Počet vykouřených cigaret

Většina respondentů byla pravidelnými (denními) kuřáky, méně než jednou denně kouří 35 respondentů (34,6 %). Graf č. 6 znázorňuje počet cigaret vykouřených za den.



Graf č. 6: Počet cigaret, vykouřených za den

Dále jsem porovnávala počet vykouřených cigaret v souvislosti s poruchou příjmu potravy. Dle grafu č. 7 je patrné, že respondenti s bulimií a anorexií kouří více cigaret za den, než lidé s psychogenním přejídáním a purgativním typem anorexie. Nejvíce však denně vykouří 1 respondent s psychogenním přejídáním.



Graf č. 7: Počet vykouřených cigaret podle poruchy příjmu potravy (Pozn.: odpověď “kouřím méně, než jednou denně” je uvedena hodnotou 0,5)

Zahájení kouření

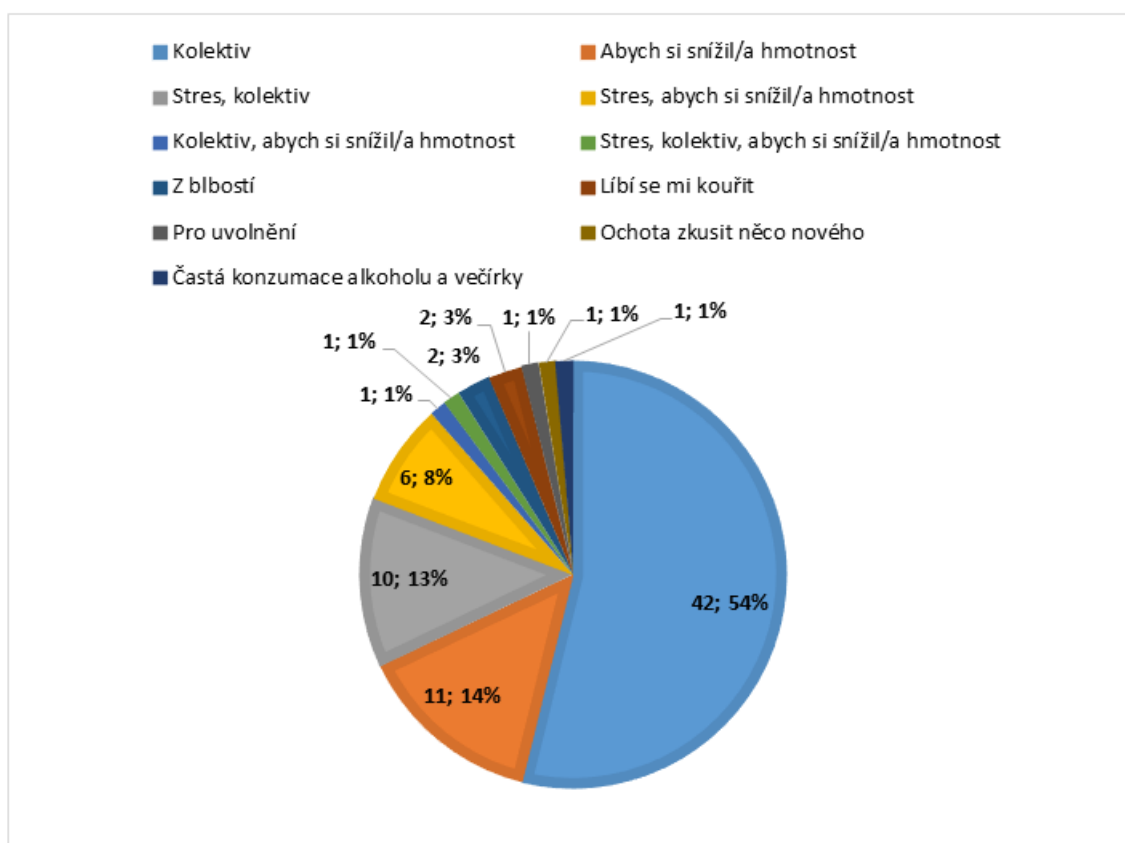
Většina respondentů začala kouřit před poruchou příjmu potravy, jak ukazuje tabulka č. 2.

Začal/a jste kouřit před poruchou příjmu potravy?	Počet respondentů (%)
Ano	65 (64,4 %)
Ne	36 (35,6 %)

Tabulka č. 2 – Začátek kouření před PPP nebo po

Důvod začátku kouření

Graf č. 8 znázorňuje důvod, proč respondenti začali kouřit. Zajímavé je, že více než polovina respondentů (54 %) začala kouřit jen kvůli kolektivu. Pro snížení hmotnosti (jak jen pro snížení hmotnosti, tak i v kombinaci s jiným důvodem) kouří 19 ze 101 respondentů.



Graf č. 8: Důvod začátku kouření

Vyprazdňování

V otázce, jestli kouření usnadňuje vyprazdňování, se respondenti rozdělili téměř vyrovnaně – viz tabulka č. 3.

Myslíte si, že Vám kouření usnadňuje vyprazdňování?	Počet respondentů (%)
Ano	49 (48,5 %)
Ne	52 (51,5 %)

Tabulka č. 3 – Usnadnění vyprazdňování

Obavy ze zvýšení hmotnosti při zanechání kouření

Z tabulky č. 4 vidíme, že o něco více než polovina respondentů se obává zvýšení hmotnosti v důsledku zanechání kouření.

Obáváte se zvýšení hmotnosti v důsledku zanechání kouření?	Počet respondentů (%)
Ano	51 (50,5 %)
Ne	50 (49,5 %)

Tabulka č. 4 – Obavy ze zvýšení hmotnosti při zanechání kouření

Depresivní a smutná nálada

Otázka č. 12 měla za úkol zjistit, jestli respondenti trpí depresí. V tabulce 5 vidíme, že většina respondentů trpí depresivní nebo smutnou náladou.

Míváte depresivní či smutnou náladu?	Počet respondentů (%)
Ano	89 (88 %)
Ne	12 (12 %)

Tabulka č. 5 – Depresivní či smutná nálada

Kouření jako způsob zlepšení nálady

Více než polovina respondentů kouří pro zlepšení nálady, jak ukazuje tabulka č. 6.

Pokud míváte depresivní či smutnou náladu, kouříte abyste si zlepšil/a náladu?	Počet respondentů (%)
Ano	57 (56 %)

Ne	32 (32 %)
Nemívám depresivní či smutnou náladu	12 (12 %)

Tabulka č. 6 – Kouřící respondenti pro zlepšení nálady v různých verzích dotazníku

Relaps po zanechání kouření

Z tabulky č. 7 vidíme, že 23 % respondentů mělo návrat PPP po zanechání kouření.

Důležitým údajem také je, že 26 % lidí nezkoušelo přestat.

Pokud jste v minulosti zkoušel/a přestat kouřit, došlo u Vás k nějakým problémům s příjmem potravy?	Počet respondentů (%)
Ano	23 (23 %)
Ne	52 (51 %)
Nezkoušela jsem přestat kouřit	26 (26 %)

Tabulka č. 7 – Relaps PPP po zanechání kouření

Porovnávání odpovědí ruské a české verze dotazníku

Celkem dotazník v češtině vyplnilo 64 respondentů, ale 10 respondentů bylo vyloučeno z průzkumu, protože netrpěli v současné době či v minulosti poruchami příjmu potravy nebo nekouřili. Bylo hodnoceno 54 dotazníků. Ruskou verzi dotazníku vyplnilo 55 respondentů a 8 z nich bylo vyloučeno kvůli stejným důvodům, jako v české verzi, proto bylo hodnoceno 47 odpovědí respondentů. Tabulka č. 8 nám ukazuje, že v ruské verzi dotazník vyplnil 1 muž, českou verzi vyplňovaly jenom ženy.

Pohlaví:	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)
Muž	0	1
Žena	54	46

Tabulka č. 8 – Pohlaví respondentů v různých verzích dotazníku

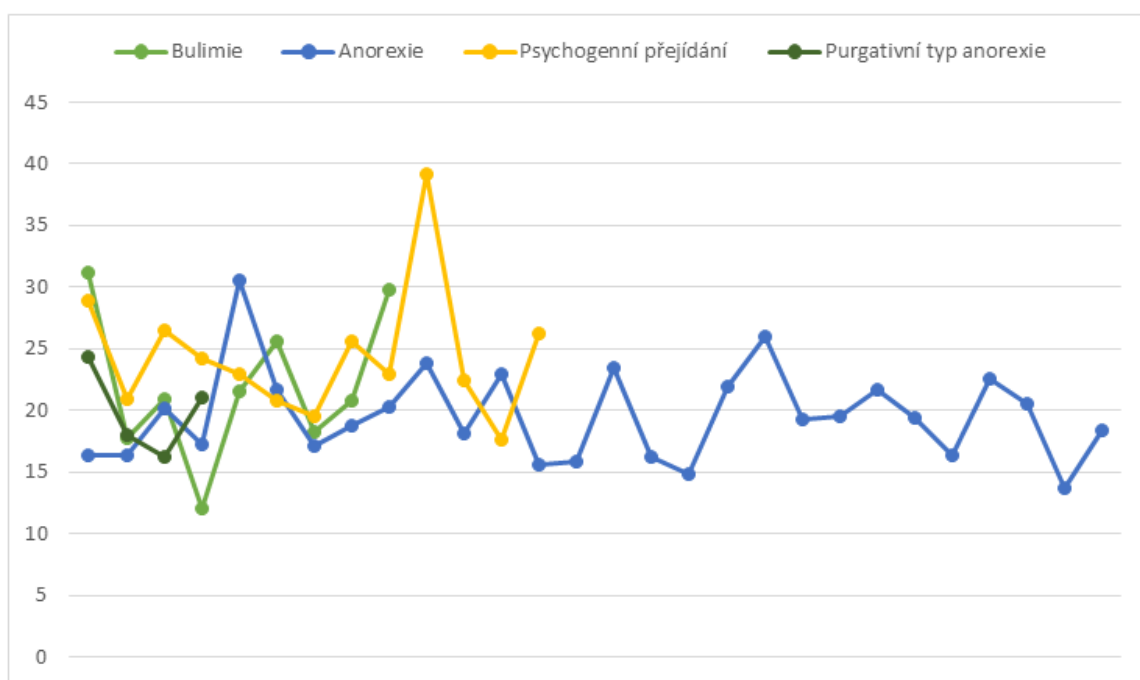
Věkové rozdíly mezi oběma verzemi skoro nebyly.

Rozdíly BMI byly minimální, průměrné BMI české verze dotazníku bylo 21,4 kg/m², v ruské verzi – 20,7 kg/m².

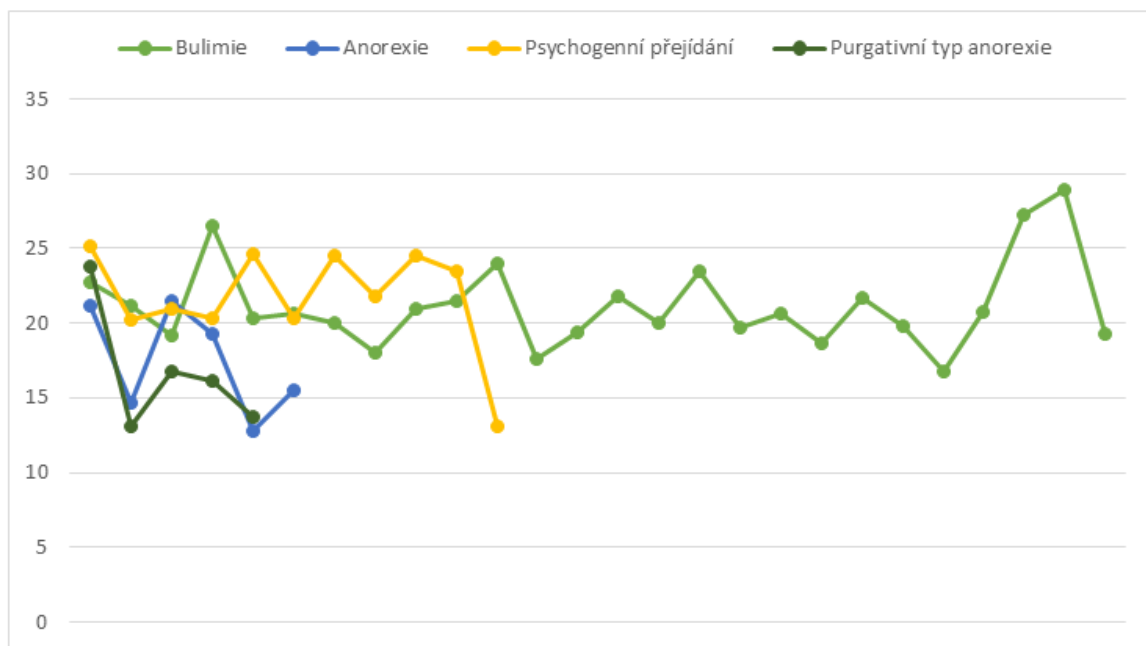
Dále jsou uvedeny grafy a tabulky, znázorňující odpovědi respondentů v různých verzích dotazníků pro porovnávání výsledků a lepší přehlednost: tabulky 9-16 a grafy 9-16.

Typ poruchy příjmu potravy	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)
Anorexie	28 (52 %)	6 (13 %)
Bulimie	9 (17 %)	25 (53 %)
Psychogenní přejídání	13 (24 %)	11 (23 %)
Purgativní typ anorexie	4 (7 %)	5 (11 %)

Tabulka č. 9: – Rozdělení dle PPP v různých verzích dotazníků



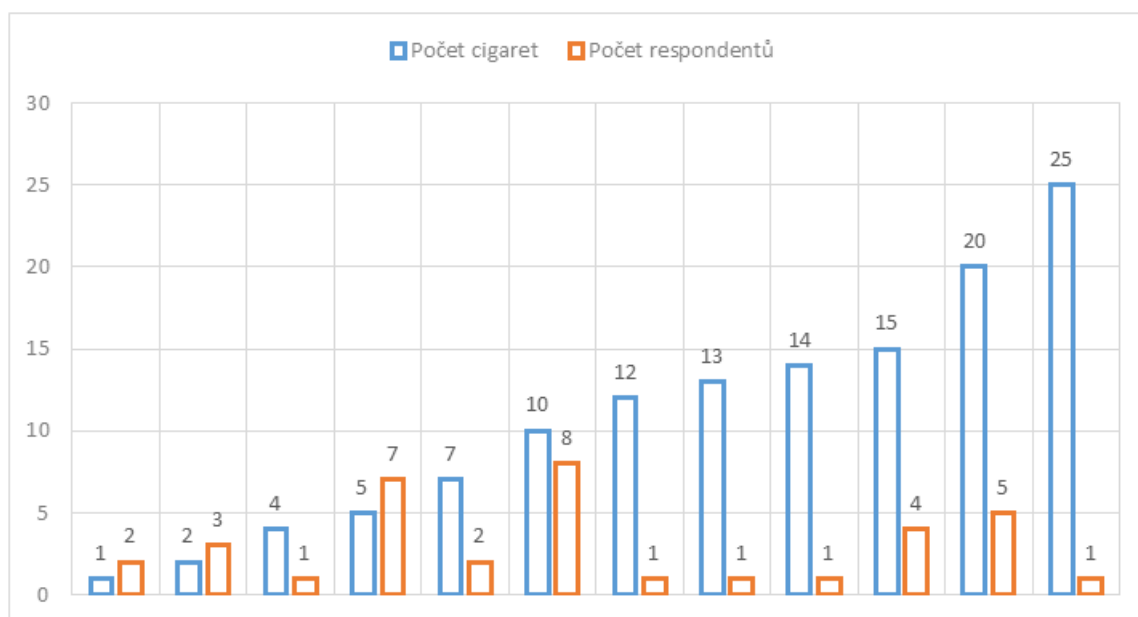
Graf č. 9: BMI respondentů podle onemocnění (česká verze)



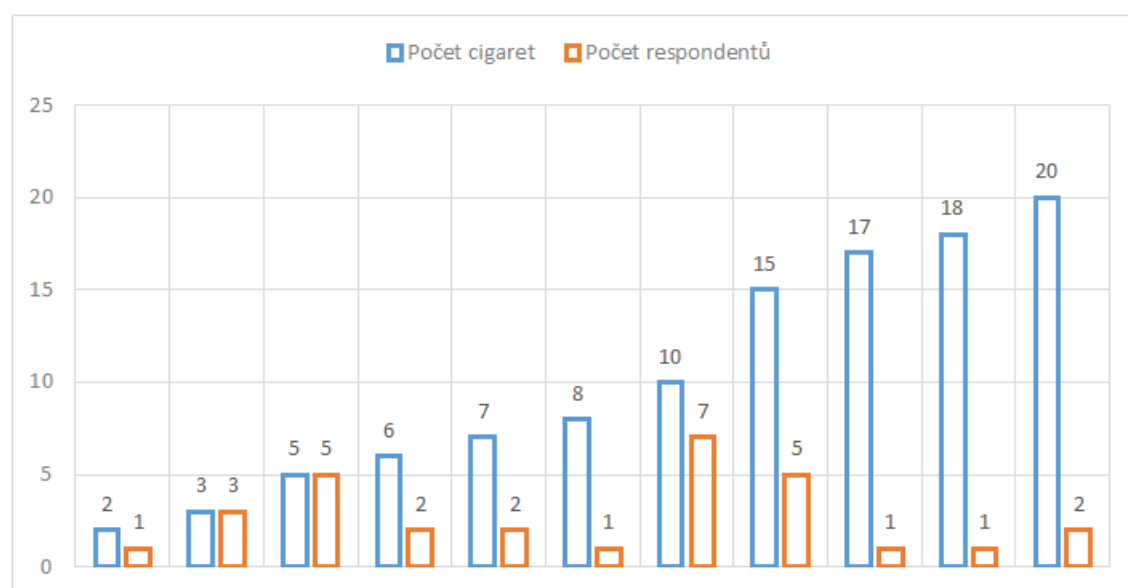
Graf č. 10: BMI respondentů podle onemocnění (ruská verze)

Kouříte?	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)
Ano	30 (56 %)	27 (57 %)
Ne, v minulosti jsem kouřil/a (při vyplňování následujících otázek odpovídejte tak, aby to odpovídalo době, co jste kouřil/a)	24 (44 %)	20 (43 %)

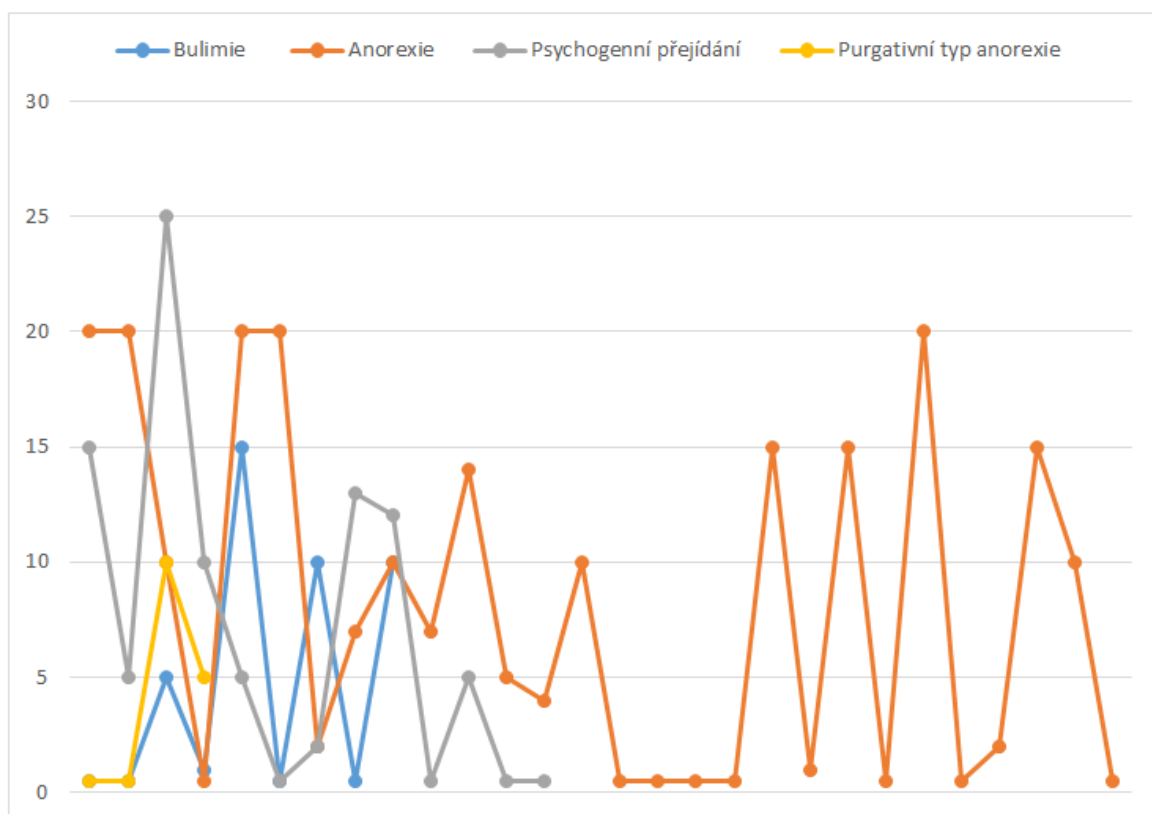
Tabulka č. 10 – Status kuřáctví v různých verzích dotazníku



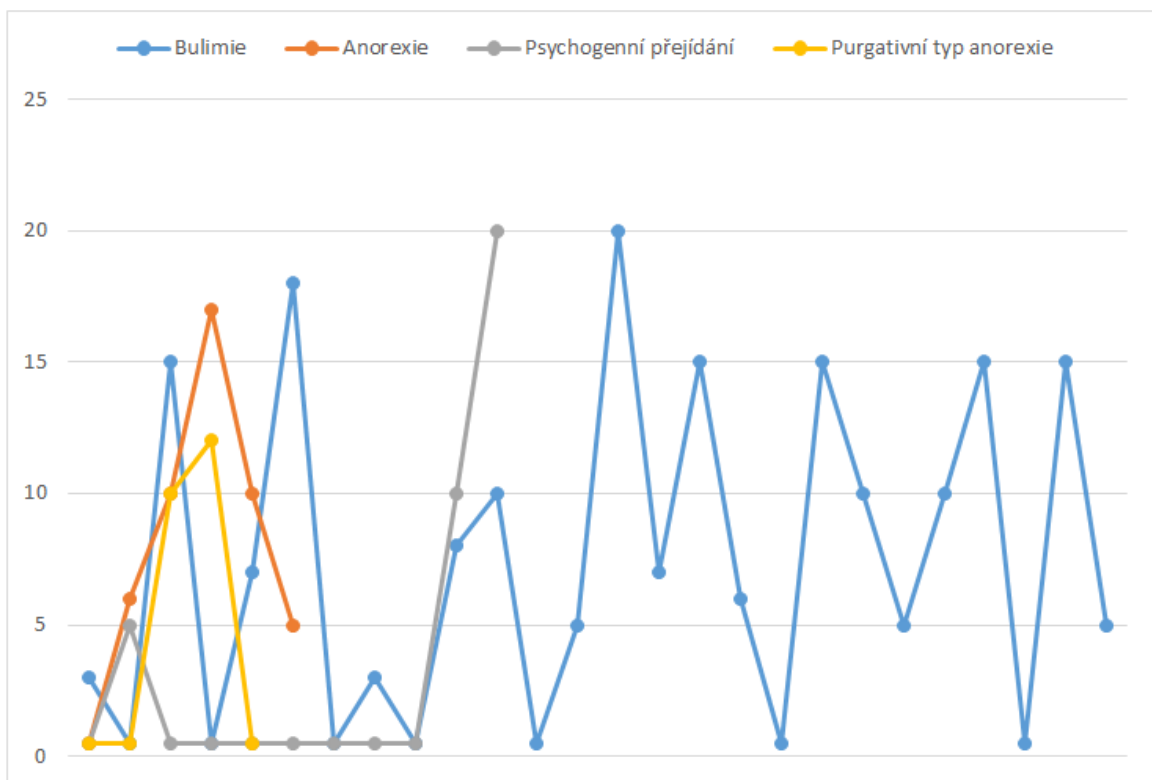
Graf č. 11: Počet cigaret, vykouřených denně (česká verze dotazníku)



Graf č. 12: Počet cigaret, vykouřených denně (ruská verze dotazníku)



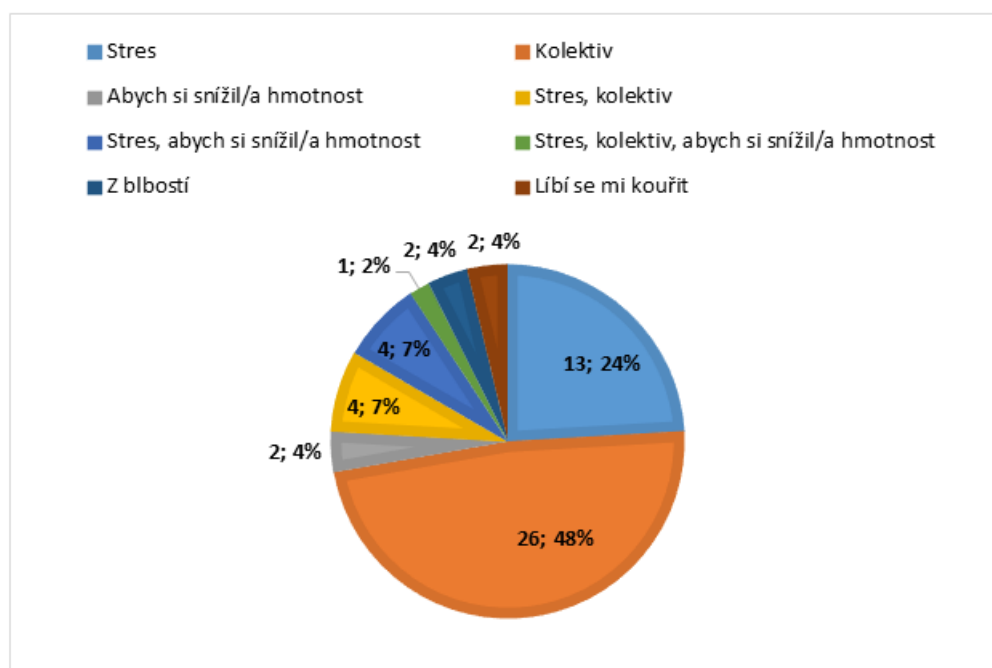
Graf č. 13: Počet vykouřených cigaret podle poruchy příjmu potravy, česká verze (Pozn.: odpověď “kouřím méně, než jednou denně” je uvedena hodnotou 0,5)



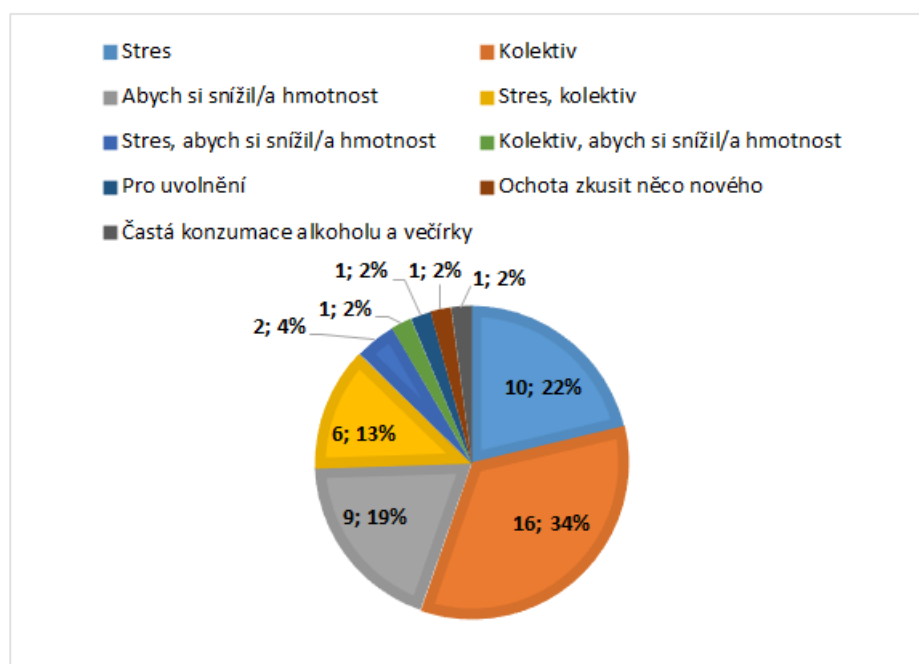
Graf č. 14: Počet vykouřených cigaret podle poruchy příjmu potravy, ruská verze (Pozn.: odpověď “kouřím méně, než jednou denně” je uvedena hodnotou 0,5)

Začal/a jste kouřit před poruchou příjmu potravy?	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)
Ano	36 (67%)	29 (62 %)
Ne	18 (33 %)	18 (38 %)

Tabulka č. 11 – Začátek kouření v souvislosti s PPP v různých verzích dotazníku



Graf č. 15: Příčina začátku kouření (česká verze dotazníku)



Graf č. 16: Příčina začátku kouření (ruská verze dotazníku)

Myslíte si, že Vám kouření usnadňuje vyprazdňování?	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)
Ano	26 (48 %)	23 (49 %)
Ne	28 (52 %)	24 (51 %)

Tabulka č. 12 – Vyprazdňování v různých verzích dotazníku

Obáváte se zvýšení hmotnosti v důsledku zanechání kouření?	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)
Ano	25 (46 %)	26 (55 %)
Ne	29 (54 %)	21 (45 %)

Tabulka č. 13 – Obavy ze zvýšení hmotností z důvodů zanechání kouření v různých verzích dotazníku

Míváte depresivní či smutnou náladu?	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)
Ano	45 (83 %)	44 (94 %)
Ne	9 (17 %)	3 (6 %)

Tabulka č. 14 – Depresivní či smutná nálada v různých verzích dotazníku

Pokud míváte depresivní či smutnou náladu, kouříte abyste si zlepšil/a náladu?	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)
Ano	33 (61 %)	24 (51 %)
Ne	12 (22 %)	20 (43 %)
Nemívám depresivní či smutnou náladu	9 (17 %)	3 (6 %)

Tabulka č. 15 – Kouřící respondenti pro zlepšení nálady v různých verzích dotazníku

Pokud jste v minulosti zkoušel/a přestat kouřit, došlo u Vás k nějakým problémům s příjmem	Česká verze	Ruská verze
	Počet respondentů (%)	Počet respondentů (%)

potravy?		
Ano	8 (15 %)	15 (32 %)
Ne	36 (67 %)	16 (34 %)
Nezkoušel/a jsem přestat kouřit	10 (18 %)	16 (34 %)

Tabulka č. 16 – Relaps PPP v různých verzích dotazníku

7. Diskuze

Fakt, že z celkového počtu 101 respondentů byl jen jeden muž, může korelovat s tím, že poruchami příjmu potravy trpí více ženy. Ale může to být odůvodněno i tím, že stránky, kde byly zveřejněny dotazníky, jsou více orientovány na ženské pohlaví.

Věk respondentů potvrzuje, že poruchami příjmu potravy hodně trpí adolescenti a mladé dívky. Nejvíce respondentů bylo ve věku 15-22 let. Může to také být ovlivněno tím, že odkazy na dotazníky byly šířeny přes sociální sítě a fóra, které nejvíce navštěvují adolescenti a mladí lidé.

Průměrné BMI respondentů je 21,1kg/m². Nejmenší hodnota BMI byla 12kg/m² u respondenta s bulimií, největší – 39,2kg/m² u respondenta s psychogenním přejídáním. Respondenti s anorexií většinou měli nižší BMI, hodnoty se pohybovaly od 14,9 kg/m² výš, maximální hodnota BMI byla 30,5 kg/m². Vyšší hodnota BMI může znamenat, že respondenti jsou vyléčení. U respondentů s bulimií byla většinou normální váha nebo mírná nadváha, což souhlasí s diagnostickými kritérii pro tyto poruchy.

Respondenti byli rozděleni dle typu své poruchy příjmu potravy. Respondentů s AN a BN bylo stejné množství - 34 respondentů v každé skupině, respondentů s psychogenním přejídáním bylo trochu méně – 24. Jelikož tento dotazník byl určen pro lidi, kteří kouří nebo kouřili v minulosti, vidíme, že kouřících lidí s bulimií a psychogenním přejídáním je mnoho. Velký počet kuřáků s anorexií je překvapivý, neboť kouření je spíše charakteristické pro lidi s BN nebo psychogenním přejídáním než s AN.

Respondenti také uváděli, jestli kouří teď nebo kouření již zanechali a následně psali, kolik cigaret denně vykouří nebo případně jestli kouří méně než jednou denně. Respondenti, co kouření již zanechali, byli požádáni, aby odpovídali tak, jak to odpovídalo době, když kouřili.

Při porovnávání počtu vykouřených cigaret a typu poruchy jsem zjistila, že kouří více nemocní s bulimií a anorexií. Největší počet vykouřených cigaret za den (25) byl u respondenta s psychogenním přejídáním.

Otázka č. 8 měla za úkol zjistit, jestli respondenti začali kouřit před poruchou příjmu potravy nebo po. 35,6 % respondentů uvedlo, že začali kouřit poté, co onemocněli poruchou příjmu potravy. Může to svědčit o tom, že respondenti začali kouřit kvůli snižování hmotnosti nebo k zahnání hladu, avšak nemůžeme toto tvrzení říct s jistotou, jelikož na toto téma potřebujeme více dat.

Fakt, že 35,6 % respondentů začalo kouřit po začátku PPP, může svědčit o počátku kouření kvůli snaze snížit hmotnost nebo pro zlepšování depresivní nebo smutné nálady. Také respondenti měli uvést, proč začali kouřit. V dotazníku u této otázky mohli vybrat více správných možností. Poslední odpověď byla otevřená a respondent mohl napsat svůj vlastní důvod. Typické je, jak velký vliv má kolektiv v souvislosti se začátkem kouření. 53 % respondentů, zvolilo odpověď „kolektiv“ samotnou nebo v kombinaci s další odpovědí. Variantu pro snížení hmotnosti zvolilo 19 % respondentů. Dle mého názoru je důležité vzdělávat veřejnost, aby lidé chápali, že kouření není dietním prostředkem. Zdravé stravování a pravidelný pohyb jsou účinnějším způsobem, jak si snížit hmotnost a bez negativního vlivu na zdravotní stav, jako je tomu u cigaret.

Kouření usnadňuje vyprazdňování 48,5 % respondentům, což se vysvětluje účinkem nikotinu na činnost střev. Také pacienti s AN často trpí obtížemi kvůli příliš nízkému energetickému příjmu, proto by mohli kouření z těchto důvodů zneužívat.

Při odvykání kouření přibere přibližně 80 % lidí, proto to může vyvolávat obavy ohledně zvyšování váhy při zanechání kouření. Proto jsem do dotazníku zahrнула i otázku ohledně obav ze zvyšování tělesné hmotnosti při odvykání kouření. Navíc pacienti s PPP se nejvíce bojí přibrat, proto by to jím mohlo nejvíce bránit v rozhodnutí přestat kouřit. Z šetření vychází, že obavy má 50,5 % respondentů.

Z odpovědí vyplývá, že 88 % respondentů mívá depresivní či smutnou náladu. Při formulování této otázky jsem se neptala schválně, jestli respondent nemá depresi, protože by respondenti nejspíše nechtěli sdílet takový osobní citlivý údaj. Deprese je velmi častá u poruch příjmu potravy, co potvrzují výsledky odpovědí na otázku. Mimo jiné, 56 % respondentů kouří, aby si zlepšili depresivní či smutnou náladu. Tyto odpovědi můžou potvrzovat to, že deprese může přivést nekuřáka ke kouření, a kouření naopak k depresi.

Poslední otázka se týká relapsu PPP při zanechání kouření a 23% respondentů odpovědělo, že k relapsu došlo. Potvrzuje to, že to není tak vzácný problém a že by měla být věnována větší pozornost pacientům s poruchami příjmu potravy v minulosti při odvykání kouření.

Jelikož můj mateřský jazyk je ruština, rozhodla jsem se vytvořit dotazník jak v češtině, tak v ruštině. Mým cílem bylo získat takto větší počet respondentů a zajistit různorodost odpovědí. Rozdíly v české a ruské verzi dotazníku nebyly velké a jsou s největší pravděpodobností náhodné. Také musíme brát v potaz, že dotazník byl plně anonymní, proto není jistota v pravdivosti odpovědí.

Dle mého názoru je toto téma velmi aktuální, protože hodně lidí dnes kouří a pacientů s poruchami příjmu potravy stále přibývá. Další studie jsou potřebné, protože zřejmě kouření a PPP mezi sebou souvisí. Dále by bylo vhodné získat více respondentů mužského pohlaví pro validnější data. Následující výzkumy by mohly probíhat v centrech závislosti na tabáku nebo léčebných centrech pro PPP. Sběr dat od respondentů pro přesnější výsledky by mohl být v podobě osobních rozhovorů. Jelikož dnes větší popularitu nabývají elektronické cigarety, bylo by vhodné toto téma prostudovat hlouběji.

Dle mé vlastní zkušenosti z praxí během studia jsem se setkala s názorem v jedné nejmenované obezitologické ambulanci, kde nedoporučovali přestat kouřit obézním pacientům z důvodu demotivace k hubnutí. Mezi pacienty v obezitologických ambulancích a odděleních můžou být i lidé s psychogenním přejídáním. Kouření má velký negativní vliv na organismus člověka, proto jasné doporučení přestat kouřit musí sdělit pacientovi každý specialista v nemocnici. Rizika kouření jsou příliš velká a zvýšení hmotnosti po zanechání kouření může zabránit pravidelný pohyb a dietní opatření.

III. Závěr

Podstatou mé práce bylo zabývat se souvislostí kouření a poruch příjmu potravy. Dle mého názoru toto téma je dost často opomíjeno v literatuře, proto jsem chtěla přispět svojí prací teoreticky v podobě informací na toto téma z již existující literatury a prakticky zhodnocením odpovědí na dotazník.

Zjistilo se, že více než polovina respondentů se bojí zvýšení hmotnosti v důsledku zanechání kouření a skoro pětina začala kouřit kvůli snižování hmotnosti. Potvrdilo se, že deprese je častá u nemocných s poruchami příjmu potravy. Přibližně u poloviny respondentů kouření zlepšuje vyprazdňování.

Zřejmě je potřeba, aby proběhly další výzkumy a studie na toto téma. Také je nezbytné, aby nemocným s poruchami příjmu potravy byla nabízená odborná pomoc při odvykání kouření. Pacientům, kteří jsou v remisi a mají zájem přestat kouřit, by měla být věnována větší pozornost kvůli možnosti relapsu poruchy příjmu potravy v důsledku zanechání kouření.

Použitá literatura

- An, R. & Xiang, X. (2015). Smoking, heavy drinking, and depression among U.S. middle-aged and older adults. *Preventive Medicine*, 81, 295-302. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.09.026.
- Aschermann, M. & Linhart, A. (2013). Kouření a kardiovaskulární onemocnění. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 226-236). Břeclav: Adamira.
- Bártová, J. (2015). *Přehled patologie*. Praha: Karolinum.
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání*. Praha: Portál.
- Čapek, A. (1947). *Tabák v Čechách: Kouření a šňupání. Pěstování, zpracování a zdaňování tabáku, jakož i vývoj jeho monopolu, jeho spotřeby a výnosu*. Praha: Technické knihkupectví a nakladatelství.
- Česká televize. (2010, September, 4). *První stroj na výrobu cigaret sestavil Američan James Bonsack*. Retrieved March 5, 2018 from <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/1319298-prvni-stroj-na-vyrobu-cigaret-sestavil-american-james-bonsack>
- Čupka, J. et al. (2005). *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktického lékaře 2005* [Brochure]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Death, R. V. & Vandereycken, W. (2005). Historie poruch příjmu potravy. In F.D. Krch et al, *Poruchy příjmu potravy (2nd ed.)*, (s. 27-34). Praha: Grada Publishing.
- Fagerström, K. (2012). Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test of Cigarette Dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(1), 75-78. doi: 10.1093/ntr/ntr137
- Fairburn, C. G. (2005). Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě mentální bulimie. In F.D. Krch et al, *Poruchy příjmu potravy (2nd ed.)*, (s. 133-143). Praha: Grada Publishing.
- Faltus, F. (2010). Historie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 20-23). Praha: Grada Publishing.
- Fiore, M. C. et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline Executive Summary*. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

- Freeman, C.P. (2005). Zdravotní komplikace mentální anorexie a bulimie a jejich léčba. In F.D. Krch et al, *Poruchy příjmu potravy (2nd ed.)*, (s. 93-111). Praha: Grada Publishing.
- Havrdová, E. (2013). Kouření a roztroušená skleróza. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 304-307). Břeclav: Adamira.
- Heatherton, F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. et al. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction*, 86(9), 1119-1127. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
- Hughes, J. R. (2007). The effects of abstinence from tobacco: Valid symptoms and time course. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 315-327. doi: 10.1080/14622200701188919
- Idealni.cz. (2014a, April, 21). *Ortorexie, bigorexie, drunkorexie*. Retrieved April 20, 2018 from <https://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>
- Idealni.cz. (2014b, March, 15). *Prevence poruch příjmu potravy*. Retrieved April 20, 2018 from <https://www.idealni.cz/clanek/prevence-poruch-prijmu-potravy/>
- Knapton, S. (2015, December, 29). *Pets at more risk from passive smoking than humans, find scientists*. Retrieved January 8, 2018 from <https://www.telegraph.co.uk/news/health/pets-health/12073331/Second-hand-smoke-linked-to-pet-illnesses.html>
- Koblížek, V. & Kudelová, J. (2013). Kouření a chronická obstrukční plicní nemoc. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 237-251). Břeclav: Adamira.
- Kohout, P. (2010). Nutriční poradenství. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 179-186). Praha: Grada Publishing.
- Kramulová, D. (2016). Když se žákyně ztrácí před očima. *Rodina s škola*, 63(7), 24-25.
- Králíková, E. & Páleníková, R. (2009). Adolescenti a léčba závislosti na tabáku. *Česko-slovenská pediatrie*, 64(10), 488-492.
- Králíková, E. & Ježek, M. (2013). Elektronické cigarety. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 44-49). Břeclav: Adamira.
- Králíková, E. et al. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence, léčba*. Břeclav: Adamira.
- Králíková, E. (2015). *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta.
- Králíková, E. et al. (2015). Doporučení pro léčbu závislostí na tabáku. *Vnitřní lékařství*, 61(5), 1S6-1S17.

- Králíková, E. (2015). Závislost na tabáku. In K. Kalina et al., *Klinická adiktologie*, (s. 536-538). Praha: Grada Publishing.
- Králíková, E. et al. (2016). *Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s Vámi (5th ed)* [Brochure]. Praha: SLZT.
- Krch, F. D. (2010). Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 343-350). Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D. et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy (2nd ed.)*. Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie (3rd ed.)*. Praha: Portál
- Krch, F. D. (2013). Kouření a poruchy příjmu potravy. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 210-211). Břeclav: Adamira.
- Krtíl, J. & Zima, T. (2013). Nikotin a tabákový kouř – vybrané biochemické aspekty. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 117-123). Břeclav: Adamira.
- Křížová, J. (2016a). Podvýživa. In L. Zlatohlávek et al, *Klinická dietologie a výživa*, (s. 279-284). Praha: Current Media.
- Křížová, J. (2016b). Problematika neuropsychiatrických onemocnění: Nutriční podpora. In L. Zlatohlávek et al, *Klinická dietologie a výživa*, (s. 298-300). Praha: Current Media.
- Lukáš, K. & Stubblefield, K. (2013). Kouření a trávicí trakt. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 265-271). Břeclav: Adamira.
- Machová, J. & Papežová, H. (2010). Poruchy příjmu potravy a orální zdraví. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 262-265). Praha: Grada Publishing.
- Matoulek, M. & Sadílková, A. (2016). Dietní léčba při obezitě. In L. Zlatohlávek et al, *Klinická dietologie a výživa*, (s. 193-208). Praha: Current Media.
- Michalcová, J. & Feyreisl, J. (2013). Kouření a reprodukce. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 272-283). Břeclav: Adamira.
- Morean, M. E., & Amelia, A. W. (2017). Vaping to lose weight: Predictors of adult e-cigarette use for weight loss or control. *Addictive Behaviors*, 66, 55-59. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.10.022.

- Morean, M. E., & L'Insalata, A. (2018). Electronic cigarette use among individuals with a self reported eating disorder diagnosis. *International Journal of Eating Disorders*, 51(1), 77-81. doi: 10.1002/eat.22793.
- Němečková, P. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro Praxi*, 4, 155-157. Retrieved from <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/04/02.pdf>
- Novotný, M. (2010). Gastrointestinální komplikace při poruchách příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 229-234). Praha: Grada Publishing.
- Pang, R. D. et al. (2014). Depression and anxiety symptoms moderate the relation between negative reinforcement smoking outcome expectancies and nicotine dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(5), 775-780. doi: 10.15288/jsad.2014.75.775.
- Papežová, H. & Novotná, P. (2010). Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy: Klinická doporučení, cíle, možnosti, limity a organizace léčby. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 288-320). Praha: Grada Publishing.
- Papežová, H., Uher, R. & Soukup, J. (2010). Motivační rozhovory a odvozené postupy u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 327-339). Praha: Grada Publishing.
- Papežová, H. (Ed.) (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.
- Pařízek, A., Papežová, H. & Uhlíková, P. (2010). Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 211-222). Praha: Grada Publishing.
- Patočka, J. (2007, April, 9). *Jedy tabákového kouře*. Retrieved March 25, 2018 from <http://www.toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=99>
- Pauk, N. (2010). Mentální anorexie a respirační systém. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 246-250). Praha: Grada Publishing.
- Pavlová, B. (2010). Epidemiologie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 25-35). Praha: Grada Publishing.
- Pálová, S. & Charvát, J. (2010). Kardiovaskulární komplikace. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 170-178). Praha: Grada Publishing.

- Pánková, A. & Sucharda, P. (2013). Kouření a hmotnost. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 206-209). Břeclav: Adamira.
- Pánková, A. (2017). Obavy z přírůstku hmotnosti po zanechání kouření. *Výživa a potraviny*, 72(6), 153-155.
- Pearce, J. M. S. (2004). Richard Morton: Origins of Anorexia nervosa. *European Neurology*, 52, 191-192. doi: 10.1159/000082033.
- Pejml, K. (1947). *Celý svět kouří: Dějiny tabáku*. Praha: Za svobodu.
- Petanová, J. (2013). Kouření a imunitní systém. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 177-180). Břeclav: Adamira.
- Prausová, J. (2013). Kouření a etiologie zhoubných onemocnění. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 256-264). Břeclav: Adamira.
- Procházková, L., & Sladká Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: Odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta Publishing.
- Pugnerová, M., & Kvitová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada Publishing.
- Rosolová, H. (2013). Kouření a diabetes mellitus. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 194-198). Břeclav: Adamira.
- Ryšavá, R. (2010). Renální komplikace při poruchách příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 276-280). Praha: Grada Publishing.
- Simioni, N., & Cottencin, O. (2005). Resurgence of anorexic symptoms during smoking cessation in patients with a history of anorexia nervosa: An unseen problem? – Report of two cases. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 798-801. doi: 10.1002/eat.22428.
- Slabá, Š., Kravarová, E. & Čablová, L. (2016). Psychologie a obezita. In L. Zlatohlávek et al., *Klinická dietologie a výživa*, (s. 301-308). Praha: Current Media.
- Solmi, M. et al. (2016). The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111, 1914-1922. doi: 10.1111/add.13457.
- Stárková, L. (2010). Poruchy příjmu potravy a mortalita. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 405-408). Praha: Grada Publishing.

Stepankova, L. et al. (2017). Depression and smoking cessation: Evidence from a smoking cessation clinic with 1-year follow-up. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(3), 454-463. doi: 10.1007/s12160-016-9869-6.

Svačina, Š. & Bretšnajdrová, A. (2008). Dietní léčba obezity. In Š. Svačina et al., *Klinická dietologie*, (s. 99-125). Praha: Grada Publishing

Štork, J. (2010). Kožní projevy mentální anorexie. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 251-254). Praha: Grada Publishing.

The Telegraph. (2014, July 24). *Albert Stunkard – obituary*. Retrieved April 20, 2018, from <https://www.telegraph.co.uk/news/obituaries/10988888/Albert-Stunkard-obituary.html>

Toman, E. (2010). Psychologické koreláty jídelního chování a obezity. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*, (s. 281-285). Praha: Grada Publishing.

Tjora, T. et al. (2014). The association between smoking and depression from adolescence to adulthood. *Addiction*, 109(6), 1022-1030. doi: 10.1111/add.12522.

Valenzuela, F. et al. (2018). Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 1-6. doi: 10.1002/erv.2582.

Vaňová, A., Skývová, M., & Csémy, L. (2017). *Užívání tabáku a alkoholu v České Republice*. Státní Zdravotní Ústav. Retrieved from http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2016_konecny_17_7.pdf

Vrablík, M. & Češská, R. (2013). Kouření a metabolismus plazmatických lipidů. In E. Králíková et al., *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*, (s. 212-219). Břeclav: Adamira.

World Health organization. (n.d.) *Prevalence of tobacco smoking*. Retrieved March 9, 2018 from <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>

World Health Organization. (2018, March, 9). *Tobacco*. Retrieved April 3, 2018 from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Your Vapordiet. (n.d.). *What is Vapor Diet and why is everyone talking about this revolutionary technology?* Retrieved April 12, 2018 from <http://buyvapordiet.com/>

Přílohy

Příloha č. 1 - Fagertsrömvův test závislosti (Heatherton et al, 1991; Fagerström, 2012)

U každé otázky vyberte jednu z možností	
Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?	Do 5 min (3 body)
	Do půl hodiny (2 body)
	Do 1 hodiny (1 bod)
	Za více než 1 hodinu (0 bodů)
Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno, např. v kostele, knihovně nebo kině?	Ano (1 bod)
	Ne (0 bodů)
Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal/a?	První po probuzení (1 bod)
	Kteroukoliv jinou (0 bodů)
Kolík cigaret denně průměrně kouříte?	Do 10 cigaret (0 bodů)
	11-20 cigaret (1 bod)
	21-30 cigaret (2 body)
	Více než 30 cigaret (3 body)
Kouříte častěji v prvních hodinách po probuzení než ve zbytku dne?	Ano (1 bod)
	Ne (0 bod)
Kouříte i během nemoci, když musíte ležet většinu dne v posteli?	Ano (1 bod)
	Ne (0 bodů)
Hodnocení závislosti na cigaretách: bodové rozmezí je 0-10 bodů, již jeden bod určitou závislost znamená.	

Příloha č. 2 -Dotazník (verze v češtině)

Dobrý den,

Jsem studentka 3. ročníku bakalářského oboru Nutriční terapie Univerzity Karlovy. Prosím o vyplnění krátkého anonymního dotazníku na téma poruchy příjmu potravy a kouření. Výsledky tohoto dotazníkového šetření použiji pro svoji bakalářskou práci.

Děkuji předem za Váš čas a spolupráci!

Daria Riabus

1. Pohlaví:

- a. Žena
- b. Muž

2. Věk:

3. Vaše váha:

4. Vaše výška (v cm):

5. Jakou poruchou příjmu potravy trpíte?(nebo trpěl/a jste v minulosti)

- a. Anorexie
- b. Bulimie
- c. Psychogenní přejídání
- d. Jiné:
- e. Žádnou (děkuji, tímto pro Vás dotazník končí)

6. Kouříte?

- a. Ano
- b. Ne, v minulosti jsem kouřil/a (při vyplňování následujících otázek odpovídejte tak, aby to odpovídalo době, co jste kouřil/a)
- c. Ne, nekouřím a nikdy jsem nevykouřil/a více než 100 cigaret (tímto pro Vás dotazník končí)

7. Kolik cigaret denně vykouříte?

- a. Kouřím méně často než jednou denně
- b. Denně vykouřím:

8. Začal/a jste kouřit před poruchou příjmu potravy?

- a. Ano
- b. Ne

9. Proč jste začal/a kouřit? (vyberte jednu nebo více odpovědi)

- a. Abych si snížil/a hmotnost
- b. Stres
- c. Kolektiv
- d. Jiné:

10. Myslíte si, že Vám kouření usnadňuje vyprazdňování?

- a. Ano
- b. ne

11. Obáváte se zvýšení hmotnosti v důsledku zanechání kouření?

- a. Ano
- b. ne

12. Míváte depresivní či smutnou náladu?

- a. Ano
- b. Ne

13. Pokud míváte depresivní či smutnou náladu, kouříte abyste si zlepšil/a náladu?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nemívám depresivní či smutnou náladu

14. Pokud jste v minulosti zkoušel/a přestat kouřit, došlo u Vás k nějakým problémům s příjmem potravy?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nezkoušela jsem přestat kouřit

Děkuji za Váš čas!

Příloha č. 3 - Dotazník (verze v ruštině)

Здравствуйте!

Я студентка 3 курса бакалавриата по специальности Нутриционный терапевт (Диетолог) Карлова университета в Праге. Прошу Вас заполнить короткую анонимную анкету на тему "Расстройства приема пищи и курение". Результаты этой анкеты я использую в своей дипломной работе.

Благодарю Вас за потраченное время и помощь!

Дарья Рябус

1. Пол

- a. Мужской
- b. Женский

2. Возраст:

3. Вес:

4. Рост:

5. Какое из расстройств приема пищи у Вас наблюдается? (или наблюдалось в прошлом)

- a. Анорексия
- b. Булимия
- c. Психогенное переедание
- d. Другое:
- e. У меня нет расстройства приема пищи (спасибо, на этом анкета для Вас окончена)

6. Вы курите?

- a. Да
- b. Нет, но в прошлом я курил/а (при заполнении анкеты дальше, пожалуйста, отвечайте так, как это было во время курения)
- c. Нет, не курю и я никогда не выкурил/а более 100 сигарет (спасибо, в случае выбора этого варианта опрос для Вас завершена)

7. Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?

- a. Каждый день я выкуриваю:
- b. Я курю меньше, чем раз в день

8. Начали ли Вы курить до начала расстройств приема пищи?

- a. Да
- b. Нет

9. Почему Вы начали курить? (Выберете один или несколько ответов)

- a. Стресс
- b. Коллектив

- c. Для снижения веса
- d. Другое:

10. Считаете ли вы, что курение улучшает у Вас процесс дефекации?

- a. Да
- b. Нет

11. Боитесь ли Вы повышения массы тела, если бросите курить?

- a. Да
- b. Нет

12. Наблюдается ли у Вас депрессивное настроение?

- a. Да
- b. Нет

13. Если у Вас присутствует депрессивное настроение, то вы курите для того, чтобы улучшить настроение?

- a. Да
- b. Нет
- c. У меня нет депрессивного настроения

14. Если Вы в прошлом пытались бросить курить, возобновлялись ли у Вас расстройства приема пищи?

- a. Да
- b. Нет
- c. Я не пытался/пыталась бросить курить

Спасибо за потраченное Вами время и за заполнение этой анкеты!

Příloha č. 4 – Seznam grafů

Graf č. 1: Pohlaví respondentů

Graf č. 2: Věk respondentů

Graf č. 3: BMI respondentů

Graf č. 4: Typ poruchy příjmu potravy

Graf č. 5: BMI respondentů podle onemocnění

Graf č. 6: Počet cigaret, vykouřených za den

Graf č. 7: Počet vykouřených cigaret podle poruchy příjmu potravy (Pozn.: odpověď “kouřím méně, než jednou denně” je uvedena hodnotou 0,5)

Graf č. 8: Důvod začátku kouření

Graf č. 9: BMI respondentů podle onemocnění (česká verze)

Graf č. 10: BMI respondentů podle onemocnění (ruská verze)

Graf č. 11: Počet cigaret, vykouřených denně (česká verze dotazníku)

Graf č. 12: Počet cigaret, vykouřených denně (ruská verze dotazníku)

Graf č. 13: Počet vykouřených cigaret podle poruchy příjmu potravy, česká verze (Pozn.: odpověď “kouřím méně, než jednou denně” je uvedena hodnotou 0,5)

Graf č. 14: Počet vykouřených cigaret podle poruchy příjmu potravy, ruská verze (Pozn.: odpověď “kouřím méně, než jednou denně” je uvedena hodnotou 0,5)

Graf č. 15: Příčina začátku kouření (česká verze dotazníku)

Graf č. 16: Příčina začátku kouření (ruská verze dotazníku)

Příloha č. 5 – Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Status kuřáctví

Tabulka č. 2 – Začátek kouření před PPP nebo po

Tabulka č. 3 – Usnadnění vyprazdňování

Tabulka č. 4 – Obavy ze zvýšení hmotnosti při zanechání kouření

Tabulka č. 5 – Depresivní či smutná nálada

Tabulka č. 6 – Kouřní respondentů pro zlepšení nálady v různých verzích dotazníku

Tabulka č. 7 – Relaps PPP po zanechání kouření

Tabulka č. 8 – Pohlaví respondentů v různých verzích dotazníku

Tabulka č. 9 – Rozdělení dle PPP v různých verzích dotazníků

Tabulka č. 10 – Status kuřáctví v různých verzích dotazníku

Tabulka č. 11 – Začátek kouření v souvislosti s PPP v různých verzích dotazníku

Tabulka č. 12 – Vyprazdňování v různých verzích dotazníku

Tabulka č. 13 – Obavy ze zvýšení hmotností z důvodů zanechání kouření v různých verzích dotazníku

Tabulka č. 14 – Depresivní či smutná nálada v různých verzích dotazníku

Tabulka č. 15 – Kouřní respondentů pro zlepšení nálady v různých verzích dotazníku

Tabulka č. 16 – Relaps PPP v různých verzích dotazníku

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 25. 04. 2018

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

[illegible]